

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Dagmar Čiháková

**Ergoterapie v Léčebně dlouhodobě nemocných
Occupational therapy in long-term care hospital**

Bakalářská práce

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Valešová Malecová, Ph.D.

2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením vedoucího práce a že jsem použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Praze, dne 20. dubna 2017

Dagmar Čiháková

Poděkování

Děkuji Mgr. Barbaře Valešové Malecové, Ph.D. za odborné vedení a připomínky k mé bakalářské práci. Dále děkuji všem pracovníkům Léčebny dlouhodobě nemocných Ústřední vojenské nemocnice v Praze a pak zejména Bc. Alžbětě Moslerové a Mgr. Barboře Michálkové za cenné rady potřebné k dokončení bakalářské práce.

Dagmar Čiháková

Anotace

Bakalářská práce - Ergoterapie v léčebně dlouhodobě nemocných - se zabývá možnostmi využití oboru ergoterapie ke zlepšení kvality života jedinců umístěných v léčebnách dlouhodobě nemocných. V teoretické části je vymezen pojem ergoterapie, ergoterapeutický proces, jeho formy a cíle. Dále je zde charakterizován koncept léčen dlouhodobě nemocných, problematika a klientela těchto zařízení. Praktická část je zaměřena na návrh vhodného ergoterapeutického programu. Ergoterapeutický program je cílený na zlepšení kognitivních funkcí skupiny klientů se syndromem demence.

Klíčová slova: ergoterapie, ergoterapeutický program, léčebna dlouhodobě nemocných, kognitivní funkce, syndrom demence

Anotation

Bachelor's thesis - Occupational therapy in long-term care hospital - deals with the possibilities of using of occupational therapy department to improve the lives of individuals placed in long-term care hospitals. In the theoretical part is defined term of occupational therapy, occupational therapy process, forms and objects. Then there is characterized the concept of long-term care hospitals, problematics and clientele of these devices. The practical part is focused on proposal of a suitable occupational therapy program. Occupational therapy program is targeted to improving the cognitive functions of the group of clients with dementia.

Key words: occupational therapy, program of occupational therapy, long-term care, cognitive functions, dementia syndrom

Obsah

Úvod.....	6
1. Ergoterapie	8
1.1 Vymezení pojmu	8
1.2 Předmět ergoterapie	10
1.3 Ergoterapeutický proces.....	11
1.4 Cíle ergoterapie	12
1.5 Oblasti činností	14
1.5.1 Aktivity každodenního života (AKŽ, ADL)	14
1.5.2 Práce, hra a zábava	15
1.6 Formy ergoterapie	18
2. Léčebna dlouhodobě nemocných	20
2.1 Vymezení pojmu	20
2.2 Koncept léčeben dlouhodobě nemocných.....	21
2.3 Důvody hospitalizace v LDN.....	22
2.4 Specifika a problémy klientely LDN	23
2.4.1 Geriatricky křehký klient.....	24
2.4.2 Klient se syndromem hospitalismu	26
2.4.3 Klient po cévní mozkové příhodě.....	26
2.4.4 Klient po infarktu myokardu	27
2.4.5 Klient po totální endoprotéze kyčelního kloubu	28
2.4.6 Klient se syndromem demence.....	29
3. Praktická část.....	34
3.1 Léčebna dlouhodobě nemocných v ÚVN	34
3.2 Návrh ergoterapeutického programu.....	35
3.2.1 Rozvržení ergoterapeutického programu	36
3.3 Shrnutí návrhu ergoterapeutického programu.....	52
4. Závěr.....	53
Seznam použité literatury	55
Přílohy.....	58

Úvod

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu využití ergoterapie v léčebně dlouhodobě nemocných. Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou léčebná zařízení, která navazují na péči nemocnic. Jsou určena klientům, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje návrat do domácího prostředí, nebo není zajištěna následná péče. LDN poskytuje klientům zdravotní i sociální služby. Multidisciplinární tým lékařů, ošetřovatelů, terapeutů a jiných odborníků se snaží o klientovu maximální soběstačnost v každodenních činnostech a participaci klienta do běžného chodu života. Součástí služeb LDN jsou terapeutické péče zaměřené na podporu osamostatnění a nezávislosti klientů. A právě jednou z nich je ergoterapie.

Téma léčení dlouhodobě nemocných je mi blízké. Mému dědečkovi byla diagnostikována demence s Alzheimerovou chorobou. Pamatuji si počáteční příznaky, které dědečka doprovázely a také to, jak postupně měnily jeho osobnost a vitalitu. To zásadně změnilo chod rodiny. Moje maminka pracuje již řadu let v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Tak měla možnost ho po nějakou dobu umístit v tamní LDN. Pokud to čas umožnil, chodila za ním skoro každý den. Bylo znát, že blízkost rodinného příslušníka byla pro něj velice důležitá. Bohužel ne všichni klienti mají tu výhodu, aby za nimi blízké osoby docházely. Proto je důležité tyto klienty udržovat a zlepšovat jejich psychickou pohodu, fyzické síly a soběstačnost, aby se mohli vrátit zpět do svého přirozeného prostředí a neztratili tak kontakt s okolním světem.

V průběhu studia speciální pedagogiky jsem se setkala s oborem ergoterapie. Tento obor mne oslovil svým širokým využitím u všech věkových kategorií a hlavně svojí pestrostí aktivit, které se s klienty dají provádět. Proto se domnívám, že se v tomto oboru najde vhodná, smysluplná a zábavná aktivita pro klienty všech věkových kategorií, s různými problémy a poruchami.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na vymezení oboru ergoterapie, charakterizuji předmět a cíle ergoterapie, okruhy činností oboru a představím formy, ve kterých může ergoterapeutický proces probíhat. V dalších kapitolách přibližuji koncept a klientelu léčebny dlouhodobě nemocných. Dále poukazuji na nejčastější problémy klientů LDN a možnosti využití ergoterapie těchto jedinců. Při zpracování této části práce jsem vycházela především z odborné literatury. V praktické části jsem čerpala z publikací

zaměřených na problematiku vybrané skupiny a na kognitivní trénink. Pro tuto část jsem si vybrala onu léčebnu dlouhodobě nemocných v ÚVN, kde byl umístěn můj dědeček. Měla jsem možnost seznámit se s tamním režimem, pracovníky a hlavně pozorovat skupinu klientů při tréninku paměti. Cílem bakalářské práce je posoudit využití ergoterapie a navrhnout ergoterapeutický program vhodný pro klienty v tomto zařízení. Hlavním cílem tohoto ergoterapeutického programu bylo navrhnout aktivity pro klienty se syndromem demence tak, aby vedly ke zlepšení kvality jejich života v LDN, případně v domácím či jiném sociálním zařízení.

1. Ergoterapie

1.1 Vymezení pojmu

Pojem ergoterapie je laické veřejnosti v dnešní době stále cizí. Pojem nemá přesnou definici, jelikož zahrnuje mnoho složek a jde o dlouhodobý proces. Není jednoduché formulovat obor jednotnou definicí. Podle Creekové je problém definovat tento pojem i pro samotné ergoterapeuty. A to i pro zkušené pracovníky, kteří pracují v systému zdravotně-sociálních služeb řadu let. Rezignace samotných ergoterapeutů neposkytovat další informace pro laickou veřejnost pak vede jen k prohloubení nevědomosti o důležitost této terapie v rehabilitaci. Jelikož samotný obor ergoterapie je novým oborem, odborníci se stále snaží tento pojem definovat. I přes tuto nejednotnost definic jsou níže uvedeny příklady, jak lze obor definovat (Jelínková a kol., 2009).

Podle Krivošíkové (2011) je výraz ergoterapie odvozen z řeckého slova **ergon** – **práce** a slova **terapia** – **léčení**. Volně tedy lze tento pojem přeložit jako léčba prací nebo pracovní terapie. To ovšem podle Pfeiffera (1990) není vhodné pojmenování terapie. Oba autoři se shodují, že pracovní terapie se zabývá začleněním pacienta do pracovního procesu, naopak ergoterapie má odpoutat pacientovu pozornost od bolesti a pesimistických myšlenek na budoucnost.

Ergoterapie napomáhá osobám vykonávat každodenní aktivity a to tím, že jsou do této pro ně důležité a smysluplné činnosti zapojeni, a to i přes jejich duševní či tělesné postižení. Do tohoto zaměstnávání řadíme veškeré činnosti, které vyplňují časoprostor jedince a dávají tak smysl jeho životu. Ergoterapie se aplikuje v různých lékařských oborech přes psychiatrii a neurologii až po pediatrii a gerontologii. Pomáhá nejen po medicínské stránce, kde se opírá o fyziotrické a rehabilitační terapie, ale také po psychosociální stránce. Napomáhá jedinci naložit smysluplně s volným časem a pomáhá mu překonat strach, deprese a různé psychické či psychosomatické potíže (Jelínková a kol., 2009, Krivošíková, 2011).

Světová organizace ergoterapeutů (World Federation of Occupational Therapist) roku 2007 vydala tuto definici: „*profese, která se zabývá podporou zdraví a celkové pohody jedince (well-being) prostřednictvím zaměstnávání či činnosti. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit osobám plně se účastnit všech svých každodenních činností. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle, buď prováděním samostatného zaměstnávání či*

činnosti, nebo také tím, že podporují schopnost jedince zapojit se do činnosti prostřednictvím úpravy prostředí, ve kterém činnost probíhá.“ (Krivošíková, 2011, s. 17)

O rok později vydala definici Česká asociace ergoterapeutů: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity.“*

Dále lze definovat ergoterapii jako obor, který se orientuje na obnovu a udržení funkčních schopností u člověka se zdravotním postižením. Cílem je důstojný a plnohodnotný život, kdy jedinec může vykonávat běžné každodenní potřeby a aktivity pro něj smysluplné. Tento obor lze též vysvětlit jako lékařem naordinovanou léčebnou aktivitu pro tělesně, duševně nebo psychicky postižené klienty. Využívá se zde práce, kreativní, seberealizační a jiné aktivity, které ergoterapeut přizpůsobí klientovým možnostem a zdravotní způsobilosti (Klusoňová, 2011, Pfeiffer, 1990).

Podle Votavy (2003, citovaný podle Klusoňové, 2011) je ergoterapie součástí ucelené rehabilitace, využívající specifické a diagnostické postupy při léčbě pacientů jakéhokoli věku, s různým trvalým nebo dočasným postižením.

Zaměstnávání klienta za účelem odpoutání pozornosti a zlepšení soběstačnosti, se praktikuje už v antice. Úplně první definici ergoterapie vyslovil profesor George Barton: *„Pokud existuje nemoc způsobená činností, musí existovat i terapie, která se činností zabývá.“* (Krivošíková, 2011, s. 14). Ale o první formální definici ergoterapie hovoří až rok 1922, kdy lékařka H. A. Pattisonová, která ergoterapii definovala jako: *„jakoukoliv mentální nebo fyzickou činnost, která je jednoznačně předepsaná a prováděna za účelem přispívat a urychlovat úzdravu z nemoci nebo poranění“* (Krivošíková, 2011, s. 14).

Asi poprvé použil ergoterapii jako cílenou léčebnou metodu francouzský psychiatr Philippe Pinel, který se snažil v 18. století změnit pohled na psychicky choré, jež byli

veřejností vnímání jako nebezpečné a nevyléčitelné osoby zasluhující vyloučení ze společnosti. Pinel uplatňoval laskavý a empatický přístup a začlenil pacienty do pravidelného denního režimu s kreativními a rekreačními aktivitami a zasadil se tak o lidsější přístup v psychiatrických ústavech (Jelínková a kol., 2009, Pfeiffer, 1990).

Pro obor ergoterapie je důležité to, co je přijatelné a vhodné pro kvalitu života jedince. Se zaměřením na člověka a vnímání člověka jako celek se ergoterapie přiklání k holistickému a humanistickému pohledu na svět. Holistický pohled na člověka je vždy subjektivní. Podle Trombly (1995) je člověk především aktivní bytost, jehož vývoj je ovlivněn smysluplným zaměstnáváním. Jedinec je schopen ovlivnit své zdraví a nejbližší okolí, tím, že je aktivní. Lidé se stále musí přizpůsobovat měnícím se podmínkám, hlavně proto, aby přežili. Adaptace může být narušena jakýmkoliv faktorem, který způsobuje dysfunkci. Ta se ovšem dá opět napravit či ji dokonce zamezit právě smysluplnou aktivitou (Krivošíková, 2011).

Každý jedinec má základní potřebu provádět pro něj smysluplnou a důležitou aktivitu. Pokud se jedinec nemůže z nějakého důvodu zapojit do aktivit všedního života, zpomaluje se jeho vývoj, ztrácí funkční schopnosti a stává se závislým na svém okolí. To má za následek zhoršení kvality života. Aktivita činí život plnohodnotným a smysluplným a zamezuje potenciálně negativní následky. Proto je činnost a zaměstnávání prostředkem ergoterapie (Christiansen, Townsend, 2004, citovaní podle Jelínkové, 2009).

1.2 Předmět ergoterapie

Obor čerpá ze zdravotnických a sociálních věd. V terapii vychází ergoterapeut z životních a sociálních rolí klienta, z jeho přirozeného prostředí nebo pracuje s interakcí mezi jedincem a prostředím. Ergoterapie je založena na holistickém přístupu ke klientovi a jeho potřebě možnosti provádět aktivity, které osoba chce a potřebuje vykonávat, a které považuje za užitečné a smysluplné. Samotná aktivita je cílem a prostředkem ergoterapie zároveň (Jelínková a kol, 2009, Krivošíková, 2011).

1.3 Ergoterapeutický proces

Ergoterapeut vytváří na základě informací o klientovi a jeho diagnóze plán terapie tzv. ergoterapeutický proces. V tom jsou přesně definované hlavní i krátkodobé cíle. A také cíle na každé sezení s klientem. Výsledkem ergoterapeutického procesu by mělo být dosažení předem vytyčeného cíle např. maximální možná samostatnost jedince, nebo upevnění schopností. Ergoterapeut si vykazuje záznamy o činnostech prováděných na jednotlivých setkáních, hodnotí aktivity, klientovy úspěchy a chování. Autorky Jelínková a Krivošíková (2007) uvádí, že proces se skládá z těchto částí:

Hodnocení

Během ergoterapeutického procesu se pracuje s vstupním a výstupním hodnocením terapie. Při hodnocení ergoterapeut vychází z informací o klientových rolích, individuálních schopnostech a dovednostech, identifikace problémových oblastí. Společně s klientem hledají řešení problémů souvisejících s prováděním aktivit každodenního života (AKŽ) a úpravy prostředí. Hodnotí se použití procedur, rozhovory, pozoruje se sociální chování mezi klientem a jeho nejbližším okolím.

Plánování

Výsledky hodnocení slouží jako podklady pro vytvoření plánu terapie, který zahrnuje hlavní a částkové cíle. Plán terapie vychází z úrovně funkčních schopností klienta, jeho zvyků a životních rolí, preferovaného životního stylu a faktorů prostředí, ve kterém žije.

Terapie

Terapie samotná vychází z programů zaměřených na potřeby klienta a jejího prostředí. Program terapie je vytvořen tak, aby umožňoval klientovi participaci v jeho přirozeném prostředí vykonávat běžné každodenní činnosti a navazovat či udržovat společenské vztahy.

Spolupráce

Ergoterapeut je součástí interdisciplinárního týmu poskytující klientovi a jeho rodinným příslušníkům poradenské služby. Celý interdisciplinární tým se snaží o holistický přístup ke klientovi a jeho blízkému okolí.

Dokumentace

Ergoterapeut pravidelně vykazuje na každém sezení dokumentaci, monitoruje posun v terapeutickém procesu a dosažení jednotlivých cílů. Dokumentace by měla být ucelená, pravdivá a objektivní. Zahrnuje terapeutické prostředky a metody poskytované služby klientovi a zaznamenává všechny druhy vyšetření, hodnocení a doporučení.

1.4 Cíle ergoterapie

Hlavním cílem ergoterapie je maximální soběstačnost jedince a zkvalitnění jeho života. Ergoterapie také pomáhá klientovi začlenit se do společnosti a snaží se o usnadnění plnění jeho životních rolí. Ergoterapeutické cíle se týkají různých úrovní rozvoje dovedností, které klient potřebuje pro vykonávání úkonů, zapojení do činností a postupné sociální začlenění. Hlavní dlouhodobý cíl je podle ní dosáhnout co nejkvalitnější úrovně samostatnosti při sebeobslužných činnostech, volnočasových aktivitách, sociálního začlenění a lepší psychické pohody. Je důležité dbát na preference každého klienta, jelikož se cíle odvíjí hlavně od jeho individuálních potřeb. Krátkodobé cíle jsou zaměřeny zejména na rozvoj, podporu či kompenzaci ztráty dovedností v senzomotorické, kognitivní, psychické nebo sociální oblasti (Jelínková a kol., 2009, Krivošková, 2011).

Valešová Malecová (2012) uvádí, že terapie je dlouhodobý proces, který se vyvíjí některými fázemi a tím spěje k stanoveným cílům. Terapeut si stanoví hlavní cíl terapie, krátkodobé cíle a cíle na každé terapeutické sezení. Cíle by měly být dosažitelné, realistické a pro klienta i žádoucí. Hlavní cíle stanovuje ergoterapeut maximálně tři. Není dobré si stanovovat více cílů, na klienta by byl kladen veliký nárok na jejich splnění. To by vedlo naopak k jeho selhání.

Konečný neboli dlouhodobý cíl by měl být rozfázován na drobné na sebe navazující kroky podle vzrůstající obtížnosti a komplexity požadovaných reakcí. Terapeutický cíl je potřeba upřesnit pro lepší poznání klienta. (Kantor a kol. 2009). Pro výběr hlavních cílů lze použít následující kritéria (Možný, Praško, 1999, Hanser, 1987, in Kantor a kol. 2009):

Hodnota: Terapeutický cíl je vybrán dle individuálních a preferovaných potřeb klienta a předpokládá se zlepšení kvality jeho života dosažením tohoto cíle.

Předpoklady: Klient má základní schopnosti, které jsou nezbytné pro dosažení tohoto cíle.

Interference: Zaměření se na určitý druh chování klienta, který může dosažení cíle narušit, případná eliminace nežádoucího chování.

Diagnostika dosažení cíle.

Doporučení: Terapeutický cíl je odůvodněný pro doporučení klienta na terapii.

Souhlas: Všichni členové interdisciplinárního týmu spolu s klientem považují za dosažitelný a nejvhodnější terapeutický cíl.

Úspěch: Pravděpodobnost dosažení terapeutického cíle, motivace k další práci a snaze.

Efektivita: Ergoterapie by měla být pro dosažení tohoto nejefektivnější terapií.

Za **hlavní cíle ergoterapie** se podle níže uvedených autorů považují:

- Podpora zdraví, duševní pohody a rozvoje klienta prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnání, vycházející z individuálních potřeb a preferencí jeho okolí
- Zlepšovat a rozvíjet, udržet normální funkční výkon klienta v průběhu jeho života
- Prevence vzniku, náprava dysfunkce v průběhu klientova života
- Zhodnotit chování a působení jedince v jednotlivých složkách výkonu činnosti – senzomotorické, kognitivní nebo psychomotorické oblasti (Krivošíková, 2011)
- Dosažení maximální možné samostatnosti a nezávislosti klienta (Valešová Malecová, 2012)
- Zlepšení schopností, které osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času.
- Umožnění klientovi naplňovat jeho sociální a životní role.
- Napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity.
- Posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím (zvládání nároků sociálního i fyzického prostředí).
- Usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

Krátkodobé cíle jsou rozložené z hlavních cílů. Jedná se o krátkodobé a na sebe navazující kroky a vymezení, jaké funkce a vlastnosti, s případnou kompenzací a úpravou, jsou potřeba rozvíjet nebo upevnit, aby klient dospěl k hlavnímu cíli. Na každé sezení se určuje cíl sezení, který musí zapadat do ergoterapeutického procesu (Valešová Malecová, 2013).

1.5 Oblasti činností

Autorky Valešová Malecová (2013), Jelínková a kol. (2009) se shodují na následujícím rozdělení ergoterapie na tři hlavní okruhy:

- Aktivita každodenního života
- Práce
- Hra a zábava

1.5.1 Aktivita každodenního života (AKŽ, ADL)

Aktivita každodenního života (AKŽ, ADL) zahrnují všechny běžné každodenní činnosti, které se vztahují k základním fyzickým funkcím a dotvářejí každodenní život klienta. Valešová Malecová (2013) dělí AKŽ na základní (personální, bazální) a pomocné (instrumentální, rozšířené).

Základní AKŽ probíhají v momentálním prostředí klienta a zahrnují samoobslužné aktivity, které potřebuje pro jeho fungování. Mezi ně řadí autorka tyto činnosti:

- **Péče o sebe sama:** např. stravování, osobní hygiena, oblékání, péče o vzhled, použití WC.
- **Funkční mobilita:** např. pohyblivost v posteli, přecházení, přenášení předmětů.
- **Funkční komunikace:** např. používání telefonu, psaní, používání počítače, a dalších komunikačních technik.
- **Zručnosti v bytovém prostoru:** např. používání klíčů, rozsvěcení a zhasínání světla, otevírání dveří a oken.

Pomocné AKŽ zahrnují další behaviorální a sociální AKŽ. Tyto aktivity vyžadují pokročilejší komunikační i sociální schopnosti a zručnosti, protože se odehrávají v širším sociálním prostředí. Na výkon pomocných AKŽ se významně podílí motivace jedince a jeho životní styl. Jak uvádí Jelínková (2009) tyto aktivity se dají rozlišit na „ženské a mužské“. Je potřeba zvažovat i kulturní odlišnost klienta. Jelínková a kol. (2009) i Valešová Malecová (2013) sem řadí:

- **Péče o domácnost:** vedení a údržba domácnosti, příprava jídla, nakupování, praní prádla, úklid.
- **Používání přístrojů:** zacházení s domácími elektrospotřebiči.
- **Péče o druhé:** péče o dítě, domácí zvířata.
- **Společenský život:** hospodaření s penězi, vedení rozpočtu, veřejná doprava, jízda autem, sociální interakce, záliby.
- **Bezpečnost prostředí:** schopnost zavolat první pomoc, požární bezpečnost, vyhodnocení nebezpečných situací.
- **Udržování zdraví:** užívání léků, schopnost objednat se u lékaře, podpora zdravého životního stylu (např. udržování fyzické kondice).

1.5.2 Práce, hra a zábava

Zde se využívají činnosti, které se dají využít jako zábava, nebo jako součást předpracovní rehabilitace, či smysluplně využít volný čas. Práce, zájmové aktivity a hra jsou v ergoterapii velmi důležité prvky, jak motivovat jedince a odpoutat ho od negativních myšlenek a snaží se ho zbavit dojmu méněcennosti. Formují, udržují a podporují všechny stránky klientovy osobnosti. Jelínková a kol. (2009) poukazují na důležitost hry. Jak uvádí, hrové aktivity jsou přirozeným způsobem učení již od útlého věku a reakcí na ně je smích, který je velice příznivý na lidskou psychiku. Pohybové hry jsou nejlepším způsobem k poznání svého „já“. Volnočasové aktivity umožňují klientům prožívat úspěchy a naplnění, pocit někam patřit a být přijímán okolím. Tvořivé aktivity jsou velice oblíbené napříč generacemi. Je zde potřeba dbát na potřebnou modifikaci a sledovat zájmy a koníčky klienta. Správně vybraná činnost bude pozitivně ovlivňovat

klienta ve všech směrech. Do oblíbených volnočasových aktivit Valešová Malecová (2013) zahrnuje:

- **Ruční práce:** pletení, vyšívání, háčkování, výroba ozdobných předmětů, batikování.
- **Výtvarné činnosti:** práce s papírem, malování, práce s modelovacími hmotami.
- **Opracování a zpracování různých materiálů:** papír, dřevo, kov, textil.
- **Sezónní práce:** práce na zahradě, hrabání listí, odklizení sněhu.
- **Práce na PC:** vyhledávání informací, počítačové hry.

Pfeiffer (1990) rozděluje ergoterapii na 4 základní oblasti činností. S tímto rozdělením se můžeme setkat u dalších autorů (Klusoňová, 2011, Krivošíková, 2011, Müller a kol., 2005):

- Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (ADL)
- Ergoterapie zaměřená na oblast předpracovní rehabilitace
- Ergoterapie funkční, též cílená nebo orgánová
- Ergoterapie ke zlepšení celkové kondice a naplnění volného času

Krivošíková (2011) uvádí ještě pátou oblast - ergoterapii zaměřenou na poradenství.

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (ADL)

Výchova klienta k soběstačnosti by měla být součástí každé rehabilitace. V této oblasti se snaží ergoterapeut o dosažení maximální samostatnosti jedince v základních a poté i v pomocných AKŽ. K výchově lze využít **kompensační mechanismy** (zapojení jiných svalových skupin) a popřípadě vybavit klienta potřebnou **kompensační pomůckou** (nástavce na WC, sedačky na vanu), využít **substituční mechanismy** (například oblékání vsedě; jde o jiný stereotyp, kde klient využívá přednostně nepostiženou oblast). Ergoterapeut s klientem trénuje buď v přirozeném domácím prostředí (kde navrhuje též potřebné úpravy prostředí) nebo v ergoterapeutické místnosti (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie zaměřená na oblast předpracovní rehabilitace

Uplatňuje se u klientů v produktivním věku nebo dospívajících jedinců. Jedná se o „*velmi důležitý druh ergoterapie právě pro ty osoby, které vlivem onemocnění s dlouhodobými nebo i trvalými následky budou muset změnit nebo podstatně přizpůsobit své zaměstnávání i celkový způsob života*“ (Pfeiffer, 1990, s. 12). Tato oblast ergoterapie se zaměřuje na obnovu a podporu pracovních schopností klienta a připravuje ho na možné pracovní začlenění (Klusoňová, 2011).

Ergoterapie funkční, též cílená nebo orgánová

Pro dosažení terapeutického cíle musí být vykonávaný pohyb přesný, cílený, dávkovaný. K této oblasti se přiřazuje terapie spojovaná se sportem či tělocvikem. Cvičení se provádí pomocí určitých nástrojů a sportovních pomůcek, sportovní činnost je modifikována k možnostem klienta a přizpůsobené jsou též cvičební pomůcky (Pfeiffer, 1990). Cílem této oblasti je intenzivní procvičování postiženého orgánu či oblasti. Cvičením oblast zlepšujeme a upravujeme postižené funkce. Zaměřuje se hlavně na **senzomotorickou složku** (koordinace oko – ruka, zlepšení hrubé a jemné motoriky, zvýšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace), **kognitivní složku** (paměť, orientace včetně prostorové, pozornost), **psychosociální složku** osobnosti (sebepojetí, sebeovládání, sociální interakce) (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie ke zlepšení celkové kondice a naplnění volného času

Cílem této oblasti ergoterapie je odpoutat pozornost od nepříznivého stavu jedince, předcházet pesimismu a depresi, smysluplně vyplnit volný čas pomocí aktivit a tím ho udržet v dobré psychické a fyzické kondici. Umožnit mu navázání nových kontaktů a přátelských vztahů, nácvik rozhodování a spolupráce s ostatními. Proto se tato forma doporučuje ve stacionářích a domovech pro seniory. Aktivity zařazené do kondiční ergoterapie by měly klienta co nejvíce bavit. Proto je důležité vycházet z informací klienta o jeho zálibách. Výsledky činnosti by měly klienta motivovat k další činnosti (Jelínková a kol., 2009, Pfeiffer, 1990, Müller a kol., 2005).

Ergoterapie zaměřená na poradenství

Tento druh ergoterapie poskytuje klientovi a jeho blízkému okolí pomoc, informace a rady při vzniklé nepříznivé situaci. Orientuje se na možnosti klienta a podává informace o službách, na které má klient právo. Ergoterapeuti, kteří jsou součástí interdisciplinárního týmu, v této oblasti uplatňují jednak **technické poradenství** (návrh a úpravy klientova prostředí, technických a kompenzačních pomůcek), **sociální poradenství** (např. aktivizační programy neziskových organizací) a v neposlední řadě také **zdravotní poradenství** (ochrana zdraví, prevence vzniku komplikací) (Krivošíková, 2011).

1.6 Formy ergoterapie

Při sestavování plánu, se musí ergoterapeut prvotně rozhodnout, jaká forma ergoterapie je pro klienta vhodná (Jelínková a kol., 2009).

Individuální forma ergoterapie je založena na vztahu terapeut – klient. Jde o personálně a finančně náročnou formu terapie. Individuální formu volíme tehdy, jestliže určité nácviky činností jsou intimního charakteru (např. nácvik v oblasti hygieny), a proto není vhodné nacvičovat tyto aktivity ve skupině. Dále se pak při terapiích můžeme setkat s klientem, který nějakým způsobem může narušovat svým chováním chod ve skupině (např. nevhodné chování či agresivita). Pokud je to možné, zapojíme takového klienta postupně do skupinové formy terapie. Tato forma ergoterapie je též vhodná pro osoby s těžkým tělesným nebo kombinovaným postižením (Kantor a kol., 2009, Valešová Malecová, 2013).

Skupinová forma ergoterapie se provádí s větším počtem lidí. Zabývá se problémy všech klientů zároveň. Skupiny se v terapii vyskytují s různým cílem, plánem i strukturou. Je důležité brát v úvahu individuální cíle klientů a obecné sociální cíle skupiny. Tato forma ergoterapie pomáhá překonat izolaci, motivovat a stimulovat klienta k dalším činnostem, zvyšovat jeho výkon. Tato forma je vhodná pro sociální učení – nabízí modely chování, upevňuje a ověřuje nacvičené strategie v praxi (Kantor a kol., 2009, Valešová Malecová, 2013).

Mezi výhody skupinové terapie uvádí Liebman (1968, podle Müllera, 2005) podporu, spolupatříčnost, demokratičnost a zpětné vazby ostatních klientů. Na druhou

stranu zde chybí větší diskrétnost a na samostatného terapeuta je kladen větší nátlak v obratnosti a pohotovosti.

Creeková (2002, citovaný podle Krivošíkové, 2009) uvádí další dělení skupin:

- **Skupiny zaměřené na činnost**, které zahrnují *úkolové nebo sociální skupiny*. Jsou orientované na provádění aktivit, které podporují sociální interakce skrze relaxace a zábavy. Zaměřuje se spíše na výsledek, než na samotný proces.
- **Podpůrné skupiny** naopak zdůrazňují proces, než výsledek a jsou více orientované na skupinu. Pod podpůrné skupiny patří skupiny *psychoterapeutické*, které mají zrcadlit klientovi jeho problémy, orientovat se v nich, zkoumat je. Dále sem řadíme skupiny *komunikační*, kde skupina může diskutovat, sdílet zkušenosti a pocity a navzájem se podporovat, nebo trénovat sociální dovednosti.

Typy skupin podle Yaloma (1999, citovaný podle Kantora a kol, 2009) se opírají o čas klientů strávený ve skupině. **Krátkodobé skupiny** doporučuje volit s klienty s podobnými problémy a homogenním složením. Naopak u **dlouhodobých skupin** by měla být skupina natolik různorodá, aby klientovi poskytovala dostatek modelů chování v sociálním učení.

Valešová Malecová (2013) pak dělí skupiny na následující typy:

- **Uzavřená skupina**, která nepřijímá žádné nové členy. Členové se navzájem důkladně poznají, zvyknou si na sebe a získají důvěru. Tento typ skupiny umožní jednotnější přístup a posun. Vztahy klientů procházejí určitým vývinem. Někdy ovšem může vývin stagnovat, skupina uvíznout na mrtvém bodě, jelikož skupina nemá nové podněty k sociálnímu učení.
- **Otevřená skupina** bývá dlouhodobého charakteru. Noví klienti nahrazují postupně klienty, kteří skončí v terapeutickém procesu. V některých případech se skupina otevírá na předem daný počet sezení a pak se uzavře. Noví členové vnášejí mezi skupinu nové modely chování, podporu, ale také nové problémy. Horňáková (1995, citovaná dle Valešové Malecové, 2013) poukazuje na možný negativní vliv na chování citlivých klientů, způsobeným odchodem jejich přátel ze skupiny.

2. Léčebna dlouhodobě nemocných

2.1 Vymezení pojmu

Dlouhodobá péče je zásadní problém pro stárnoucí populaci nejenom v České republice, ale i v Evropě. Vzhledem k vyššímu věku populace, výrazně roste pravděpodobnost potřeby dlouhodobé péče. Dalším faktorem je zdravotní stav populace, který úzce souvisí s křehkostí a polymorbiditou. Evropská unie vnímá tento pojem jako soubor služeb a pomoc pro lidi, kteří jsou dlouhodobě závislí na pomoci ostatních při aktivitách každodenního života. Evropská unie se snaží v dnešní době předejít zhoršení zdravotního stavu a soběstačnosti lidí. Podle Evropské komise musí dlouhodobá péče zahrnovat následující faktory:

- Podpora zdraví, prevence a rehabilitace
- Podpora lidí vyššího věku být co nejdéle soběstačnými a samostatnými
- Zvýšit účinnost poskytování zdravotnických a sociálních služeb

Člověk žijící v rodinném kruhu a který má dostatečně vybavenou domácnost, má vyšší šanci žít svůj život bez institucionální péče. Důležitým faktorem je také vstřícnost a ochota starších lidí změnit a přizpůsobit své prostředí svým potřebám. Moderní technologie a kompenzační pomůcky lidem ve vyšším věku pomáhají k soběstačnosti, mobilitě a podporují jejich kognitivní funkce a komunikaci s okolím (Holmerová, 2014).

Velmi důležitou oblastí hodnocení klienta je jeho kvalita života. Jedná se o obecný, z velké části subjektivní pojem, který zahrnuje vnímání klientova zdraví, funkčního stavu, mezilidských vztahů a celkovou spokojenost se svým životem. Cílem dlouhodobé péče je právě ono zachování či zlepšení kvality života klienta. Kvalita dlouhodobé péče se orientuje na klienta, jeho potřeby a požadavky a závisí na personálu a managementu zařízení. Důležité je také prostředí péče, dostatečné vybavení a dostatečný přístup k informacím. K hodnocení se používají dotazníky, na kterých se klient aktivně podílí (Holmerová a kol., 2014, Kalvach a kol., 2008).

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) je lůžkové specializované zařízení, kde pacient potřebuje zdravotní lůžko. Je nezbytnou součástí zdravotnického systému. Toto zařízení zajišťuje 24 hodinovou zdravotní péči u geriatrických pacientů s výraznou ztrátou soběstačnosti a chronicky nemocných pacientů, kteří nepotřebují akutní péči. Hraje zde významnou roli také sociální situace pacientů. Často dochází ke zhoršení zdravotního

stavu klienta z důvodu psychické nadstavby. Oddělení slouží k doléčování pacientů z oddělení akutních lůžek, kde se v současnosti výrazně krátí doba hospitalizace (Kalvach a kol., 2004, Holmerová a kol., 2014).

Léčebny pro dlouhodobě nemocné bývají součástí nemocnic nebo jejich odloučeným pracovištěm, mohou být i samostatným subjektem. Zřizovatelem je stát, kraj, obec, také soukromé subjekty. Léčebny dlouhodobě nemocných spadají pod systém následné péče (částka 9/1998 Věst. MZd, Metodická opatření).

2.2 Koncept léčeben dlouhodobě nemocných

Koncept dlouhodobé péče se opírá o podporu starších lidí se závažným zdravotním postižením a omezenou soběstačností. Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) definuje dlouhodobou péči jako soubor služeb pro osoby s omezenou tělesnou, či duševní funkční kapacitou nebo chybějícím sociálním zázemím. Tito klienti jsou po delší dobu závislí na pomoci při vykonávání základních AKŽ (osobní hygiena, stravování, oblékání). Tato složka služby je často propojena se službami zdravotnickými (užívání léků, tlumení bolesti, monitorování zdravotního stavu, rehabilitace). Služby dlouhodobé péče se mohou indikovat v nižší úrovni péče, kde se jedná o instrumentální AKŽ (příprava stravy, vedení domácnosti, nakupování).

Zvýšenou potřebu tohoto sektoru mají geriatričtí klienti, kde vzhledem k vysokému věku, může chronický stav vést k dalšímu tělesnému i duševnímu postižení. S vysokým věkem stoupá procento geriatrických syndromů a neurodegenerativních onemocnění. V dnešní době se uvádí, že dlouhodobou péči u nás potřebuje již přibližně 170 000 osob. Tento počet se vzhledem k dlouhověkosti a možnostem medicíny bude dále zvyšovat (Kalvach a kol., 2011, Holmerová a kol., 2014).

V České republice je v dnešní době dlouhodobá péče rozdělena do **zdravotnického sektoru** (chorobince, hospice) a **sociálního sektoru** (starobince, invalidovny, chudobince). Chorobince, které měly zpočátku duchovní zaměření, se v průběhu let zformovaly na interní „odkladové“ oddělení 2. typu. Následně v 70. letech minulého století v léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), kde ošetrovatelská péče dominovala nad zdravotní. Až v 90. letech 20. století se z LDN stala zdravotnická zařízení. O propuštění klienta do domácího prostředí, nebo dalších zařízení sociálních

služeb rozhoduje jeho zdravotní stav (Kalvach a kol., 2011, Čevela a kol., 2012, Holmerová a kol., 2014, Ombudsman, 2010).

V zahraničí se můžeme setkat s různými systémy dlouhodobé péče. Ve Skandinávii je tento sektor dostatečně financovaný a rozvinutý, na rozdíl od východního bloku, kde je dlouhodobá péče podfinancovaná. Ve východní Evropě se spoléhají na tradiční roli rodiny a neformálních pečovatелů (Holmerová a kol., 2014).

Délka pobytu na lůžku LDN je Metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví ČR doporučena na dobu 3 měsíců, kdy během této doby má být pacient zdravotnickým personálem stabilizován natolik, aby se buď mohl vrátit do svého domácího prostředí, nebo je klientovi navržena možnost umístění do sociálního zařízení - domova pro seniory. V případě, že k hospitalizaci pacienta v léčebně dlouhodobě nemocných po třech měsících již není zdravotní důvod a pacient nemá dořešené umístění v domácnosti nebo v domově pro seniory, je převeden na tzv. sociální lůžko s částečnou úhradou zdravotní pojišťovny a svou osobní platbou za nemocniční služby.

2.3 Důvody hospitalizace v LDN

O rozhodnutí přijetí klienta do péče léčen dlouhodobě nemocných rozhoduje kombinace několika faktorů. Mezi hlavní faktory patří:

- **Zdravotní stav klienta**, týká se hlavně prognostického výhledu do jeho budoucnosti.
- **Funkční náročnost klientova domácího prostředí**
- **Ztráta soběstačnosti**
- **Finanční stav klienta** - nedostatek finančních prostředků k úhradě nájmu, může vést ke ztrátě bytu.

O umístění na lůžko následné péče rozhoduje ošetřující lékař. Ať už jde o praktického lékaře nebo o lékaře na akutním oddělení v nemocnici. S umístěním musí vždy souhlasit pacient, který má rozhodující slovo a má také právo si ji vybrat. Dalším velice častým faktorem je umístění klienta na žádost jeho okolí, často i sociálních pracovníků, kteří ale neznají tak dobře zdravotní stav klienta. (Niell, 1988, citovaný podle Kalvacha, 2004). Mezi hlavní důvody patří čím dál častější faktor krize a dysfunkce rodiny. Není neobvyklé, že rodina se chová v mnoha případech antisociálně. Umístěním klienta do

LDN rodina šetří životní náklady na tuto osobu, zneužívá sociální dávky, nebo si může „přivydělat“ pronájmem bytu klienta po dobu pobytu v LDN. Pozitivní a podporná funkce rodiny se ztrácí a rodinní příslušníci si přichází zjiště jen pro klientův důchod (Kalvach a kol., 2004, Čevela a kol., 2012).

2.4 Specifika a problémy klientely LDN

V LDN se lze setkat i s mladšími ročníky klientů a to hlavně z důvodů jejich chronického stavu a nejsou-li indikováni v odborném RHB ústavu. Ojediněle se zde vyskytují i pacienti v terminálním stadiu nemoci, pokud je schopen následného transportu domů. Ovšem věkový průměr klienta LDN je 80 let. Laická veřejnost LDN zaměňuje s domovy sociálních služeb a hlavně s domovy pro seniory. Mezi důležitá specifika klientely LDN patří geriatrické syndromy. Geriatrické syndromy, tzv. „geriatrické obry“, se rozdělují na pět základních syndromů, které jsou označeny jako pět „I“:

- **instabilita**
- **imobilita**
- **intelektové poruchy**
- **inkontinence**
- **iatrogenní poškození.**

Současná medicína se snaží těmto geriatrickým syndromům předcházet. Geriatrická křehkost pak bývá následkem samotných geriatrických syndromů. Polymorbidita je zásadní jev v geriatrické medicíně, kdy se u seniorů vyskytuje více onemocnění současně, nebo jedna nemoc vyvolává druhou (Kalvach a kol., 2008, Čevela a kol., 2012).

Holmerová a Kalvach (2008) uvádí další důležité geriatrické syndromy. Významný je syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, syndrom imobility, syndrom kognitivního deficitu, syndrom duálního senzorického deficitu, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka.

Topinková (2005, citovaná podle Malíkové, 2011) stařecké syndromy rozděluje do třech oblastí:

- **Somatické syndromy** – poruchy chůze a mobility, závratě, nestabilita a pády, inkontinence, poruchy příjmu potravy a regulace tělesné teploty
- **Psychické syndromy** – demence, depresivní stavy, nevhodné chování, apatie
- **Sociální syndromy** – ztráta soběstačnosti, společenská izolace, dysfunkce rodiny, zneužívání

Geriatrické syndromy navazují na další diagnózy (níže uvedené), se kterými se nejčastěji můžeme setkat v léčebnách dlouhodobě nemocných. Ergoterapie se u těchto klientů orientuje hlavně na kvalitu života – udržení soběstačnosti v AKŽ, pomocí aktivizačních programů a skupinových aktivit prohlubovat zájem o dění kolem klienta a hlavně o jeho osobu. Důležitý je nácvik kognitivních funkcí, chůze a celkové mobility klienta. S klientem ergoterapeut trénuje užití kompenzačních pomůcek. Možnost návratu do domácího prostředí se řadí mezi hlavní cíle ergoterapie (Müller a kol., 2005).

2.4.1 Geriatrický křehký klient

Geriatrická křehkost je jedna z nejčastějších příčin omezení a zvýšené potřeby podpůrných služeb dlouhodobé péče ve stáří. V dnešní době se jedná o závažnou problematiku a specifickou geriatrických pacientů a jejich zdravotního stavu. Stařecká křehkost je stav organismu podmíněna vysokým věkem a souborem určitých projevů a symptomů. Zhoršuje se zdravotní, funkční stav a psychický stav pacienta (Kalvach a kol., 2008, Čevela a kol., 2012).

Geriatrická křehkost je dlouhodobý pokles zdatnosti, odolnosti a adaptability s přibýváním funkčních deficitů. K nejčastějším symptomům geriatrické křehkosti patří únava při běžných denních činnostech a bolesti, které znepříjemňují pohyb a chůzi. To má za následek pokles pohybových i jiných aktivit (včetně pohybu po bytě), celkové zpomalení chůze, ztrátu svalové hmotnosti, síly, kondice a instabilitu. Bývá častou příčinou samotného strachu z případných pádů a jejich následků. Pacient také často kvůli pokleslým psychomotorickým funkcím hladověje, trpí dehydratací a nechutenstvím. Dále se

zde objevují senzorické poruchy, poruchy kognitivních funkcí a chronická bolest (Kalvach a kol., 2011, 2008).

Ergoterapie u geriatricky křehkého klienta

Podle Kalvacha je potřeba klienta s geriatrickou křehkostí „*rozjít, rozchodit a motivovat.*“ (2008, s. 127)

U mladých seniorů (65-74 let) je hlavním cílem ergoterapie zaměření na volnočasové aktivity, starší senioři (75-84 let) potřebují pomoc zejména v oblastech AKŽ. Ergoterapie u klientů s geriatrickou křehkostí se zaměřuje na kondiční ergoterapii. V této oblasti se využívají například odporové svalové tréninky, nácvik a podpora mobility a stability. Dále pak zlepšení pohybových funkcí pro bezpečnou chůzi, schopnost vstát a sednout si. U nácviku těchto činností, využívá ergoterapeut i pohybové hry, pohybové aktivity a vycházky. Trénuje také s klientem správné polohování a cvičení na lůžku a dechová cvičení. Důležitým zaměřením je nácvik sebeobslužných činností. Zde se navrhuje úprava prostředí klienta s využitím podpůrných a technických pomůcek. Křehcí pacienti mají také často potíže s instrumentálními aktivitami každodenního života. Ergoterapeut se dále proto zaměřuje na nácvik používání kompenzačních pomůcek (Klusoňová, 2011, Kalvach a kol., 2008).

Významný je trénink kognitivních funkcí. Při tomto tréninku se využívají různé hry a úkoly na zlepšení slovní a řečové produkce, vzpomínání (obrázky, texty, fotografie rodiny, staré filmy), exekutivní funkce (řešení problémů, úsudek, organizace), hry a aktivity pro zlepšení pozornosti. Velmi vhodné jsou pro klienta kreativní aktivity. Ruční práce a grafomotorická cvičení (psaní, malování, stolní hry). Při těchto aktivitách ergoterapeut nacvičuje i jemnou motoriku (Klusoňová, 2011).

Další důležitou součástí terapeutického procesu jsou zájmové činnosti, které udržují klientovu aktivitu. Pro tyto klienty jsou vhodné aktivizační programy, které upevňují a udržují funkční stav klienta, nacvičují se zde vzorce chování. Do programu se zařazují ruční práce, a kreativní činnosti (například skupinové pečení, výroba dárkových předmětů), společný poslech hudby, přednášek, výlety a společenské hry (Čevela a kol., 2012, Kalvach a kol., 2008, Klusoňová, 2011).

2.4.2 Klient se syndromem hospitalismu

Hospitalismus je soubor symptomů vyskytující se u klientů v dlouhodobé péči. Hlavními faktory vzniku syndromu hospitalismu je nucená nečinnost, odloučení od rodiny a celková izolace od okolního světa. Mezi hlavními příznaky syndromu patří únava, celková povadlost, nechutenství, apatie, negativismus a agrese (Kalvach a kol., 2008).

Ergoterapie u syndromu hospitalismu

Ergoterapie se u tohoto syndromu zaměřuje na prevenci rozvoje syndromu. Je důležité klienta aktivizovat psychicky i pohybově. Ergoterapeut se snaží zamezit negativismu a dalšímu nevhodnému či nechtěnému chování klienta. Vhodné jsou skupinové hry, poslechy hudby, aktivizační programy a aktivity, kde se může klient kreativně realizovat (Klusoňová, 2011).

2.4.3 Klient po cévní mozkové příhodě

Cévní mozková příhoda (CMP, mozkový infarkt, mrtvice, iktus) je akutní poškození mozku důsledkem poruchy mozkového krevního oběhu. Cévní mozkové příhody se dělí podle místa vzniku na:

- **ischemické** CMP (představují asi 80% všech CMP) vznikají ucpáním mozkové cévy krevní sraženinou. Krevní sraženina zastavuje přívod krve bohaté na kyslík a další živiny do příslušné části mozku, bez kterých začnou mozkové buňky odumírat. Důsledkem bývá ztráta funkcí, které postižená část mozku kontroluje.
- **hemoragické** (též krvácivé) cévní mozkové příhody (představují 20% CMP) vznikají porušením stěny mozkové cévy a vedou ke krvácení do mozku, či mozkových obalů (www.cmp-brno.cz).

Následky CMP souvisejí s místem poškození mozku. Při poškození levé hemisféry bývá typická například porucha tvorby a porozumění řeči, verbální paměti a logického myšlení, porucha pohybu pravé poloviny těla. Při poškození pravé hemisféry se setkáváme nejčastěji s poruchou pohybu levé poloviny těla, dysartrií (poruchou výslovnosti), ztrátou uvědomění si v tomto případě levé poloviny těla, poruchou prostorové orientace, senzorické paměti a poruchou časoprostorové orientace. Po lehčím poškození mozku bývá u pacienta typické pomalejší psychomotorické tempo, zmatenost, porucha pozornosti, soustředění a lehká unavitelnost. Nejčastěji se u přeživších pacientů

vyskytuje porucha chůze, porucha funkce končetiny, popřípadě obrna končetin, porucha rovnováhy a řečové postižení (Zdravotnictví a medicína 6/2015).

Ergoterapie u klienta po CMP

Ergoterapie se u této diagnózy zaměřuje na nácvik kognitivních funkcí, motorických funkcí a mobility (hlavně funkčnosti HK a DK při CMP s následnou hemiparézou), zjištění stavu senzorických funkcí. Ergoterapeut spolu s fyzioterapeutem zajišťují polohování postižené končetiny a navrhnou polohovací pomůcky. Při této ergoterapii se používá polohování podle Bobath konceptu. Nacvičuje s pacientem zacházení s končetinou a následné cvičení končetiny popřípadě trénink pomocí kompenzačních pomůcek. Dále u pacienta po CMP trénujeme soběstačnost a pohyb na lůžku, sed, nácvik sebeobsluhy (podat si potřebné věci, osobní hygiena, oblékání, nácvik sebesycení). Je třeba upevnit stabilitu těla a chůzi. Ergoterapie se zde také zaměřuje na úpravu podmínek pacientova prostředí a poradenství pro pacientovo nejbližší okolí (Klusoňová, 2011).

2.4.4 Klient po infarktu myokardu

Infarkt myokardu (IM) je ischemická srdeční choroba, při které odumírá část srdečního svalu. Příčina infarktu je zúžení či uzavření průtoku krve způsobeném krevní sraženinou, či zúžení průtoku krve věnčité tepny. Vzácně může být příčina infarktu zánět tepny nebo embolem. Infarkt myokardu postihuje levou i pravou srdeční komoru. Velikost odumřelé svaloviny srdce je odlišná podle místa a velikosti uzavřené věnčité tepny. Cílem léčby infarktu myokardu je co nejrychlejší obnovení normálního průtoku v postižené věnčité tepně, která se provádí pomocí katetrizace srdce s následným provedením tzv. angioplastiky (speciální vyztužení tepny). Následně může být prováděna srdeční operace, která pomocí koronárních bypassů (přemostění) zlepší zásobení ostatního srdečního svalu. Důležitou součástí léčby je medikamentosní léčba, která doprovází pacienta celý život (Institut klinické a experimentální medicíny).

Ergoterapie klienta po infarktu myokardu

Ergoterapie po IM spočívá hlavně v psychologické péči. Klienti zažívají úzkostné stavy, strach z dalšího infarktu. Je potřeba vysvětlit význam cvičení a prevence, které je indikováno ošetřujícím lékařem. Kondiční terapie se zaměřuje na cvičení na lůžku, v sedě a poté se postupně zvyšuje zátěž cvičení až do chůze po schodech. Po psychologické stránce se uplatňují zejména relaxační činnosti, muzikoterapie, společenské hry a aktivizační programy. Vše závisí na stavu klienta a stupně zátěže při činnostech, které se dají modifikovat. Aktivita se provádí při nižším zátěžovém stupni a hlídá se tepová frekvence klienta. Ergoterapeut učí klienta sledovat a měřit si tepovou frekvenci, provádí s klientem dechová cvičení (Klusoňová, 2011).

2.4.5 Klient po totální endoprotéze kyčelního kloubu

Totální endoprotéza (TEP, aloplastika) je náhrada celého kyčelního kloubu (hlavice stehenní kosti a jamky pánevní kosti) umělým materiálem. Pacient se může k zákroku rozhodnout kvůli bolesti boku nebo bolesti v oblasti třísla, která jej značně omezuje v běžných činnostech, například při delší chůzi, v těžších případech i ve spánku a vleže. Nejčastějším důvodem operace jsou například artróza nebo kostní nádory. Další velmi častá příčina operace je zlomenina krčku stehenní kosti. Dále pak může být důvodem například vrozená deformita nebo reimplantace předchozí náhrady (Bílková, 2016, Munteanu, 2016, Sosna, 2016). Totální endoprotézy můžeme rozdělit na:

- **cementované** - určeny k ukotvení pomocí tzv. kostního cementu
- **necementované** - povrchová úprava v místech kontaktu s kostí umožní fixaci bez cementu
- **hybridní** - jsou kombinací cementovaného femorálního dřívku a necementované jamky

Vzhledem k velkému počtu zakázaných pohybů je životní komfort pacientů s totální endoprotézou částečně snížený. V rámci dlouhodobého programu se ergoterapeut věnuje nácviku ADL (Munteanu, 2016).

Ergoterapie klienta po TEP kyčle

Ergoterapie spočívá v nácviku mobility a sebeobsluhy hlavně v oblasti oblékání dolních částí oděvů, nazouvání a hygieny (sprchování, osušení). Dále je zde navrhovaná úprava prostředí, kompenzační pomůcky (dlouhá lžice na obutí, kartáč na holi, pomůcka při navlékání ponožek). Je nutné u pacienta dbát na omezení hybnosti, které je potřeba po dobu 4 měsíců dodržovat, aby nedošlo k vykloubení endoprotézy (Klusoňová, 2011).

Sedět by měl pacient na dostatečně vysoké židli s područkami a vypolstrováním, popřípadě na židli zvýšené například pevným polštářem či složenou dekou. V této poloze nacvičuje pacient odívání dolních částí oděvů a obouvání. Při osobní hygieně je nejlepší stoj nebo vanu vybavit sedátkem, opěrnými madly a protiskluzovou podložkou. Je nutné korigovat správné posazení a postavení končetiny a naučit pacienta uvědomovat si nevhodné pohyby. Chůze je nacvičována podle pokynů lékaře. Terapie je zaměřená na akomodaci v interiéru a na schodech, poté ve venkovním prostředí. Většinou je nezbytné berle používat po dobu 3-6 měsíců, později je možné chodit bez berlí, s vycházkovou holí nebo hole pro Nordic walking. V zimním období je doporučeno používat protiskluzové hroty na berle (Klusoňová, 2011, Sosna a kol., 2003)

V domácím prostředí je třeba zamezit případným pádům pomocí úpravy prostředí (odstranit prahy, koberce, kabely od elektrických spotřebičů). Pacientovi je nutné zajistit zvýšenou postel a odpočinkové křeslo, minimalizujeme zátěž ve stoji. Pro úklid domácnosti se doporučují úklidové pomůcky s prodlouženou násadou. K oblékání pacientovi poslouží kompenzační pomůcky (nástroj na navlékání ponožek), nebo si pomocí berlí dopomůže s oblékáním dolních částí oděvů. Rizikové je také zvedání předmětů ze země, které se řeší kompenzačními pomůckami, nebo nácvikem vhodné polohy, kdy pacient přenese hmotnost těla na zdravou DK a operovanou DK zanoží (Klusoňová, 2011, Sosna a kol., 2003)

2.4.6 Klient se syndromem demence

Podle článků Holmerové (2010) a Kantorkové (2011) je demence jedna z nejzávažnějších chorob vyššího věku. V současné době je zařazována mezi civilizační choroby. Jedná se o syndrom, který vzniká důsledkem závažného poškození mozku. Nejčastěji se jedná o degenerativní změny mozku, vaskulární a toxické změny. Dalším faktorem vzniku

demence jsou následky poranění mozku. Mezi nejčastěji se vyskytující syndromy demence řadíme (Pidrman, 2007, Jirák a kol., 2009):

- **Demence u Alzheimerovy nemoci** – Tento syndrom se vyskytuje v populaci nejčastěji. Mezi první příznaky této demence řadíme poruchy paměti, poruchy časoprostorové orientace, v pozdějších stádiích i poruchy motorických funkcí. Klienti často ztrácí soudnost a vyskytují se u nich poruchy osobnosti.
- **Demence u Parkinsonovy choroby** - S poruchami paměti se objevuje zhoršená koncentrace, poruchy zpracování myšlenek. Dalšími symptomy jsou poruchy osobnosti, emotivity, prudké změny nálad. Klienty doprovází též zrakové a sluchové halucinace. Výrazný a hlavní symptom této demence je porucha výkonných funkcí, celkové zpomalení a hypoaktivita.
- **Vaskulární demence** – Tato demence vzniká poruchou cévního zásobení mozku. Mezi rizikové faktory vzniku této demence patří mozková příhoda, hypertenze, diabetes, kardiovaskulární onemocnění a přibývajícím věkem. Klienti bývají hypoaktivní. Mezi příznaky této demence patří poruchy paměti a poruchy časoprostorové orientace. Na rozdíl od klientů s AN je zachována kritičnost osobnosti.
- **Demence s Lewyho tělísky** – Tento syndrom demence je charakterizován spolu se základními příznaky demence i výskytem zrakových halucinací a bludů, parkinsonského syndromu.
- **Smišený druh demence** - Stařecká demence spolu s degenerativními změnami mozku.

Přístup ke klientovi se liší podle stádia demence. Jirák (2009) a Holmerová (2008) rozděluje stádia demence následovně:

- **mírná demence** (mírná kognitivní porucha) – poruchy paměti, soustředění a orientace
- **rozvinutá demence** – klient potřebuje nepřetržitý dohled a péči, klienti často bloudí a objevují se i poruchy chování
- **těžká demence** – dochází k omezení komunikace, klient nepoznává své blízké, není schopen sebeobsluhy
- **terminální stadium** – klient je zcela nesoběstačný a musí být upoután na lůžko

Demence zapříčiní u klienta celkové zhoršení psychických i fyzických funkcí a ztrátu soběstačnosti. Postihuje následující funkční oblasti:

- **Postižení kognitivních funkcí** (poruchy paměti, pozornosti, fatické, gnostické funkce, afázie) se objevují v různé intenzitě a pořadí u jednotlivých druhů demence. U Alzheimerovy choroby se objevují nejvíce poruchy paměťové složky.
- **Poruchy chování a jiné psychologické příznaky** jsou významnou a častou součástí všech typů demence. Mezi psychické příznaky demence řadíme apatii, agresivitu, agitovanost, úzkost a deprese. Projevují se zde často poruchy osobnosti a emotivity.
- **Ztráta soběstačnosti** - soubor schopností umožňující lidem žít samostatně v nejen domácím prostředí. Následkem ztráty soběstačnosti může být například apraxie (Holmerová, 2008, Pidrman, 2007).

Pidrman (2007) rozděluje příznaky demence na tři základní skupiny, které se nazývají A-B-C:

- Problémy při vykonávání AKŽ (ADL – A)
- Poruchy chování (behavior – B)
- Porucha kognitivních funkcí (cognition – C)

Ergoterapie u klienta se syndromem demence

Mozek je centrum poznávacích funkcí a je schopen regenerace po celý život. Nezbytný je celkový pohyb, aby byl mozek dostatečně okysličen. Dále je velmi důležitý právě rozvoj psychických, řečových a sociálních funkcí. Mezi kognitivní funkce řadíme paměť, pozornost, zrakově-prostorovou orientaci, řečové schopnosti a myšlení. Ergoterapie u těchto klientů se zaměřuje převážně na rehabilitaci kognitivních funkcí, nácvik soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Pro tyto klienty se doporučuje také terapie s prvky arteterapie. Cílem této ergoterapie je zaměření na podporu soběstačnosti, a to zejména v oblastech mobility, osobní hygieny, oblékání a sebesycení. Klienti jsou často v těchto činnostech dezorientováni nebo trpí úzkostnými stavy. Proto je vhodný cílený nácvik na podporu zachovalých kognitivních funkcí (reprodukce textu, obrázků a řeči, pojmenování, orientace a koordinace) pomocí tréninku paměti. Nácvik psychických a sociálních funkcí a behaviorální trénink základních vzorců chování a

návyků. Nezbytná je aktivizace zbytkových schopností. Při tomto nácviku jsou vhodné též aktivizační programy. Ergoterapeut navrhuje potřebnou úpravu prostředí. Kompenzační pomůcky nejsou pro tyto klienty vhodné vzhledem k postižení kognitivních funkcí (Suchá, 2007, Válková, 2015, Pidrman, 2007).

Před vytvořením ergoterapeutického plánu hodnotí ergoterapeut u klienta kognitivní funkce a samostatnost při výkonu AKŽ. Tyto oblasti jsou nejvíce u tohoto syndromu zasaženy. V ergoterapii k tomu slouží především získávání informací přes rozhovor, dotazník, pozorování a použití standardizovaných či nestandardizovaných testů. Při hodnocení AKŽ se nejčastěji můžeme setkat s testy a škálami například Index Barthelové či funkční mírou nezávislosti. Index podle Barthelové je stupnice, která se dá vyplnit při pozorování klienta (Krivošíková, 2011, Holmerová, 2007, Pidrman, 2007).

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými přístupy používanými při péči o klienty se syndromem demence. Níže jsou uvedeny nejčastější nefarmakologické metody přístupu a péče (Jiráček a kol., 2009, Klucká, 2009):

- **Kognitivní trénink** - procvičování kognitivních funkcí je významné i pro zdravého člověka, který tak předchází kognitivním poruchám. Kognitivní rehabilitace je pak náprava poškozených kognitivních funkcí. Aktivit, které můžeme využít při kognitivní rehabilitaci je nepřeberné množství. Jedná se o různé, zjednodušené slovní hry, doplňování říkánek a slov, doplňování slov dle první slabiky, skládání obrázků, pexeso a mnoho dalších činností.
- **Reminiscenční terapie** – v této metodě ergoterapeut využívá vzpomínky klienta. U syndromu demence je zachována dlouhodobá paměť a tak se terapeut snaží rozpomenout klienta na své dětství, příbuzné a blízké a na „staré dobré časy“.
- **Orientace v realitě** – jedná se o jednu z nejstarších metod péče. Klienti s demencí si následkem poruch kognitivních funkcí vykládají realitu jinak. Jsou dezorientováni v časoprostoru, proto je důležité, aby klienti měli přehled o čase, ročním období a orientovali se v prostředí. K tomu poslouží barevná označení, barevné dostatečně velké kalendáře a nástěnky připomínající aktuální roční období.
- **Validační terapie** – klienti často trpí mylnými představami o své rodině. Vyhlíží a čekají své blízké, kteří již nejsou na tomto světě. Klienta může

opravování a vysvětlování situace roztesknit. Validace spočívá v hovorech o příbuzných a respektování tohoto tématu.

- **Kinezioterapie** – jakákoliv pohybová aktivita je pro klienty s demencí přínosná. Slouží k udržení svalové síly, stability a dobré psychické pohody. Tyto aktivity jsou vhodné také pro trénink prostorové orientace.

3. Praktická část

V této části bakalářské práce charakterizuji oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných v Ústřední vojenské nemocnici. Dále pak uvádím návrh ergoterapeutického programu, který je koncipován pro klienty tohoto zařízení, kteří trpí syndromem demence s lehkými poruchami kognitivních funkcí. Tito jedinci tvoří převážnou většinu klientely v tomto zařízení.

3.1 Léčebna dlouhodobě nemocných v ÚVN

Ústřední vojenská nemocnice

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, jejíž původní název byl Masarykova vojenská nemocnice, je rozsáhlé zdravotnické zařízení Armády České republiky, které se nachází v pražském Břevnově (Ústřední vojenská nemocnice).

Adresa:

U Vojenské nemocnice 1200,
169 02 Praha 6

Léčebna dlouhodobě nemocných

Služby v tomto zařízení jsou poskytovány nepřetržitě zdravotnickým i nezdravotnickým personálem. Oddělení čítá 26 lůžek. Pokoje jsou jedno-, dvou-, nebo trojlůžkové. Jsou zde k dispozici i pokoje s nadstandardním vybavením. Klientům je poskytována odborná lékařská a ošetrovatelská péče. Soubor péčí je zaměřen především na podporu a nácvik soběstačnosti v běžných denních aktivitách, doléčení klienta a zlepšení zdravotního stavu, který již není akutní. Na toto oddělení jsou přijati klienti nezvládající AKŽ vzhledem k jejich zdravotnímu stavu (Ústřední vojenská nemocnice).

Poskytované péče:

- Léčebná a ošetrovatelská péče
- Fyzioterapie
- Ergoterapie
- Canisterapie

- Přednášky a aktivizační programy

3.2 Návrh ergoterapeutického programu

Ergoterapie zahrnuje mnoho možností využití a pestré spektrum různých aktivit. V této části bakalářské práce jsme se zaměřili na návrh ergoterapeutického programu pro klienty se syndromem demence. Cílem tohoto návrhu je poukázat na možnosti využití ergoterapeutického programu pomoci klientům s tímto syndromem rozvíjet kognitivní funkce, ale i psychické a sociální schopnosti. Tento návrh je koncipován pro rehabilitaci kognitivních funkcí. Může sloužit jako program nejen pro klienty se syndromem demence, ale dá se využít i jako ergoterapeutický program například pro geriatricky křehké pacienty.

Základem tréninku paměti je rozvoj zachovalých kognitivních funkcí. Rehabilitací těchto funkcí se ergoterapeut snaží o nápravu vzniklých poruch poznávacích funkcí, zlepšení všeobecných aktivit, zejména AKŽ a sociálního zařazení člověka. Paměť je důležitá kognitivní funkce, která pomáhá člověku adaptovat se ve v prostředí a ve společnosti, které se neustále mění. Díky paměti si pamatujeme osoby, věci, zážitky, o které se můžeme podělit s ostatními. Pozornost souvisí s pamětí. Člověk je přehlcen mnoha podněty najednou. Proto je důležité, aby byl člověk schopen selektivity (výběru), koncentrace (soustředění), distribuce (rozdělení) a vigility (schopnost přenášet pozornost na druhý podnět). Koncentrace a vigilita se s rostoucím věkem zhoršuje. Porucha zrakově-prostorové orientace má za následek nejen dezorientaci v prostředí, ale také zhoršení motoriky člověka. To může vést až k samotné apraxii. Jazyk a řečové funkce jsou důležité pro komunikaci. Komunikace má významnou roli v navazování a udržování sociálních kontaktů. Díky řečovým funkcím dokážeme vyslovit svá přání, své názory i nesouhlas. Myšlení je schopnost zpracovat a nakládat s informacemi. (Klucká, 2009, Válková, 2015).

3.2.1 Rozvržení ergoterapeutického programu

Skupina: 5 - 8 lidí

Věk: 70 - 75 let

Problematika klientů: Klienti, kteří se účastní tohoto programu, trpí syndromem demence a poruchami kognitivních funkcí. Poruchy kognitivních funkcí by měly být ve stejném stádiu postižení (lehké až středně těžké postižení v počátku). Hlavními problémy skupiny jsou poruchy paměti, soustředění a celková dezorientace. Je nesmírně důležité, aby sezení mělo stejný rituál na úvod i na závěr. To pomůže klientům v časové orientaci. Dále se zde objevují poruchy chování, emocionální složky a další psychické příznaky. Klienti s těmito poruchami nesmí rušit ostatní klienty ve skupině. Pro takového jedince raději volíme individuální formu ergoterapie. Klienty též doprovází zhoršení motorických funkcí. Z tohoto důvodu je vhodné některé aktivity modifikovat na lehčí úroveň. Klienti mohou fyzicky náročnějším úkonům buď přihlížet, nebo v lepším případě se k aktivitě přidat za pomoci asistence druhé osoby. Klienty nikdy nenutíme do činností. Zkusíme je naopak motivovat, pro začátek může klient pomáhat připravit pomůcky pro sezení.

Frekvence setkání: 2x týdně

Délka setkání: 45 – 60 minut

Délka programu: 12 setkání

Hlavní cíle programu: Rozvoj zachovalých kognitivních funkcí, podpora soběstačnosti, rozvoj a udržování základních vzorců chování a sociálních návyků a aktivizace zbytkových schopností.

Dílčí cíle programu: Senzorická stimulace, rozvoj: pozornosti, paměti, koncentrace, zrakově-prostorových schopností, jemné motoriky, řečových schopností a myšlení, představivosti, kreativity, fantazie, rozhodování, časové orientace, prohloubení zájmů klientů, komunikačních a řečových schopností, motorických funkcí, mezilidských vztahů a spolupráce, schopnosti vyjádření názoru a nabídnutí rady druhému, osvojení si nových stereotypů, schopnosti naslouchat druhým, vnímání sebe sama a svého okolí.

Ergoterapeutická místnost: Místnost, kde se bude kognitivní trénink provádět, přizpůsobíme k pohybovým schopnostem klientů. Je vhodný též lehčí nábytek, aby se s ním v případě potřeby dalo snadno manipulovat. Je velice důležité, aby se klienti cítili

v prostředí dobře. Místnost by měla být útulná a světlá, vyvětraná s optimální teplotou. K útulnosti mohou pomoci dekorace v podobě výrobků jiných klientů, či z jiného sezení. Celé sezení můžeme pojmout jako příjemné posezení s přáteli – k dispozici může být malé občerstvení na stole.

Pomůcky: V místnosti by měla být velká bílá magnetická tabule, na kterou je možné psát fixem, CD přehrávač s disky s vybranými písničkami a zvuky, psací potřeby, pastelky, fixy, štětce a vodové či temperové barvy, nůžky, lepidlo, papíry, barevné papíry, čtvrtky, ústřížky látek, pracovní listy a připravené kartičky. Pomůcky musí být bezpečné a dostatečně velké. Je vhodné zavést každému klientovi desky, kam se budou vkládat klientovy výtvary a pracovní listy.

1. setkání – počasí

Cíle sezení - Rozvoj kognitivních funkcí: pozornost, výbavnost, řečové schopnosti, dlouhodobá paměť

Pomůcky: tabule, měkký míček, kartičky s nápisy ročního období, kalendář – kartičky s názvy měsíců, obrázky s počasím, kartičky s pranostikami, prsten z bižuterie.

Úvodní část: V této části seznamujeme klienty s prostředím, ergoterapeutem a s ostatními klienty ve skupině. Velice důležitá je pro klienty časoprostorová orientace. Jedná se o zásadní rituál každého sezení. Klienti se tak lépe zorientují v hodině, dnu v týdnu. Nesmíme zapomenout napsat celé datum na tabuli. Celé datum zopakujeme a můžeme přidat i čas a roční období. V tomto případě může ergoterapeut pobídnout klienty, aby pohlédli z okna a zhodnotili počasí. Skupině se představíme a požádáme klienty, aby jeden po druhém nahlas řekli své jméno. Při této aktivitě můžeme použít metodu předávání předmětu – například „míčkováná“ (kdo drží míček, odpovídá). Jméno po každém klientovi zopakujeme a dbáme na správné oslovení klienta. Otázka na začátek: „Jaká je vaše oblíbená barva?“.

Jádro

Počáteční písmeno - Klienti vymýšlí jakékoliv slovo začínající na dané písmeno. Jelikož se první setkání týká ročního období a počasí, vybereme například počáteční písmeno slova Počasí. Takto můžeme pokračovat s dalšími několika písmeny.

Datum narození – Klienti si posílají měkký míček a každý klient řekne měsíc, ve kterém se narodil.

Kartičky s pranostikami – Na každé kartičce je napsán začátek nějaké pranostiky. Úkolem klientů je dokončit větu, mohou se vyjádřit i bez vyzvání: Únor bílý, (pole sílí); Na svatého Jiří (vylézají hadi a štíři); Na Hromnice (o hodinu více).

Kalendář – K této činnosti potřebujeme kartičky s nadepsanými měsíci. Ergoterapeut vybere kartičku s měsícem a klienti postupně vyjmenují věci, pojmy, které je napadnou při jmenování daného měsíce (prosinec – Vánoce).

Obrázky počasí – Klienti jmenují činnosti, které se při počasí zobrazeném na obrázku dají provádět.

Závěr

Reflexe klientů: V závěrečné fázi sezení dochází ke zklidnění skupiny klientů. Ergoterapeut zopakuje probírané téma sezení, zopakuje klientům prováděné činnosti, vytyčí pozitiva a poděkuje jmenovitě celé skupině. Každý klient má prostor a možnost vyjádřit svoje pocity, co se mu na sezení líbilo či nelíbilo, vyslovit vlastní názor na uplynulé činnosti. Mluví jen ti klienti, kteří se chtějí k setkání vyjádřit. Pokud se žádný klient nechce vyjádřit, ergoterapeut může položit otázku: „Co vám dnes udělalo největší radost?“. Tato otázka může být zodpovězena míčkovou hrou. Na závěr reflexe můžeme motivovat skupinu také tím, že prozradíme téma dalšího sezení.

Rozloučení: Ergoterapeut posílá klientům prsten z bižuterie s poslední otázkou: „Kdyby tento prsten byl kouzelný, v jakém ročním období byste se ocitli?“ Každý klient si postupně prsten nasadí, vymyslí si oblíbené jídlo a symbolicky prstenem otočí. Pak ho pošle dalšímu klientovi. Na závěr jmenovitě klientům poděkujeme a všichni si zatleskáme.

2. setkání - cestování

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - dlouhodobá paměť, řečové schopnosti, pozornost, výbavnost

Pomůcky: míč s potiskem zeměkoule, pracovní listy, psací potřeby, kartičky s písmeny, prsten z bižuterie.

Úvodní část: (viz první setkání) Seznámíme klienty s tématem tohoto setkání. Jelikož je tématem tohoto setkání cestování, na úvod se každého klienta ptáme na následující otázky: „Kde se vám nejvíce líbilo na dovolené?“; „Jaký stát/zemi jste vždycky chtěli navštívit?“. Při těchto otázkách si klienti předávají míč s potiskem zeměkoule.

Jádro

Země, město – Klientům rozdáme papíry, které jsou rozděleny na čtyři sloupce – země, město, jméno, zvíře. Odlehčíme situaci tím, že klientům připomeneme hru s poznámkou návratu do dětských let. Každý klient má před sebou papír a ergoterapeut vybere písmeno, na které klienti vymýšlí daný pojem.

Kde se nachází? – Ergoterapeut má v ruce kartičky s názvy měst, řek a typických staveb. Klienti musí jmenovat zemi, kde se daný objekt nachází. Ke každému uhádnutému objektu připojíme otázku, zda klienti toto místo navštívili.

Přesmyčky – Klienti dostanou pracovní list s přesmyčkami, ze kterých sestaví názvy států (obrázek č. 1).

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Na závěr ergoterapeut posílá kouzelný prsten každému klientovi s otázkou: „Kdyby byl tento prsten kouzelný, v jaké zemi byste se ocitli?“. Klienti postupně vyjmenují stát, který je napadne a symbolicky otočí prstenem. Po té každému klientovi jmenovitě poděkujeme. Na úplný závěr sezení se každý klient usměje na souseda a podá si s ním ruku.

3. setkání – Česká republika

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - dlouhodobá paměť, orientace v prostoru, řečové schopnosti, pozornost, výbavnost

Pomůcky: tabule, měkký míček, mapa, obrázky památek ČR, slepá mapa, Staré pověsti české, psací potřeby, papíry, prsten.

Úvodní část: (viz první setkání) Požádáme klienty, aby si prohlédli krajinu, na kterou je vidět z okna. Otázka pro každého klienta na začátek sezení zní: „Co se vám nejvíce na této krajině líbí?“; „V jakém městě jste se narodili?“ Odpovídá každý klient, který drží v ruce míček.

Jádro

Fotografie památek – Klienti jmenují památku a určují místo, kde se nachází. Ergoterapeut může vznést doplňující otázku: „Jaká památka je pro vás nejkrásnější/nejvýznamnější?“. Na tuto otázku odpovídají postupně všichni klienti.

Slepá mapa – Každý klient dostane slepou mapu. Na mapě jsou zakresleny kraje České republiky. Úkolem klientů je určit co nejvíce z nich. Na tabuli vyvěsíme velkou přehlednou mapu s řešením. S klienty si zkontrolujeme správné řešení. Na závěr této aktivity může ergoterapeut napsat na tabuli několik významných měst a společně s klienty je zařazuje do jednotlivých krajů (obrázek č. 2).

Staré pověsti české – Otázky na úvod: „Kdo je autorem této knihy?“; „Na jaké pověsti, postavy si vzpomenete?“. Klienti mohou odpovídat bez vyzvání. Poté ergoterapeut předčítá čtyři úryvky z knihy. Úkolem klientů je určit, o jakou pověst se jedná.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Ergoterapeut pošle kouzelný prsten. Každý klient symbolicky otočí prstenem a vyjmenuje nejkrásnější místo v České republice, na kterém by chtěl momentálně být.

Každému klientovi jmenovitě poděkujeme. Na závěr se chytíme za ruce a zazpíváme písničku „Ta naše písnička česká“. Poté si klienti zatleskají.

4. setkání – Jídlo a vaření

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - dlouhodobá paměť, výbavnost, pozornost, řečové schopnosti, zrakové vyhledávání, čichové vnímání

Pomůcky: tabule, jablko, papír, psací potřeby, lahvičky s kořením a bylinami (vanilka, skořice, káva, čaj, hřebíček, máta), obrázky potravin, pracovní listy.

Úvodní část: (viz první setkání) Na úvod posíláme klientům místo míčku jablko. Ptáme se klientů, co je napadne, když se na jablko podívají. Pobízíme klienty, aby si k jablku přičichli. „Co vám vůně jablka připomíná?“; „Jaké je vaše nejoblíbenější jídlo?“; „Co naopak nemáte rádi?“.

Jádro

Poznejte, co je v lahvičce – Ergoterapeut posílá postupně neprůhledné, číselně označené lahvičky s kořením a požádá skupinu, aby si k jednotlivým lahvičkám přivoněla. Klienti zkoušejí uhodnout a zapisují na papír, jaké koření/bylinky jsou v lahvičce. Pokud se sezení účastní klient s poruchou smyslu čichu, připojíme otázku: „Co vás napadne, když se řekne vanilka/hřebíček?“.

Přídavná jména – Ergoterapeut ukazuje klientům kartičky s napsanými pojmy – polévka, omáčka, maso, jídlo. Vyzívá klienty, aby vymysleli, jaká může být polévka/omáčka. Každý klient postupně vysloví přídavné jméno, které ho napadne k pojmu na kartičce.

Řazení – Na stůl před klienty rozložíme obrázky s jídel. Úkolem klientů je seřadit jídla do různých kategorií. Kategorie ergoterapeut napíše na tabuli. Potravinu se rozřazují například na sladké/slané, zdravé/nezdravé, snídaně/oběd/večeře.

Antonyma – Ergoterapeut rozdá klientům pracovní list. Jejich úkolem je vymyslet k deseti pojům slova opačného významu (obrázek č. 3).

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Ergoterapeut posílá kouzelný prsten s otázkou, jaké jídlo by si přičarovali tímto prstenem. Každý klient postupně otočí symbolicky prstenem a vyjmenuje jídlo, které by si přál mít před sebou na stole. Na závěr si všichni zatleskáme a zamáváme.

5. setkání – Zvířata

Rozvoj kognitivních funkcí: řečové schopnosti, výbavnost, pozornost, zrakové vyhledávání, jemná motorika, tvořivost, fantazie

Pomůcky: tabule, papíry, psací potřeby, pracovní listy, plyšové zvířátko – pejsek, obrázky zvířat, samotvrdnoucí modelovací hmota, formičky ve tvaru zvířátek, korálky.

Úvodní část: (viz první setkání) Ergoterapeut pošle klientům plyšového pejska. Každý klient, který drží plyšovou hračku, odpoví na otázky: „Jaké je Vaše oblíbené zvíře?“; „Měli jste domácího mazlíčka/ jak se jmenoval?“; „Jaké jméno byste dali tomuto pejskovi?“.

Jádro

Mlád'ata – Na tabuli napíšeme seznam zvířat. Úkolem klientů je určit k uvedeným zvířatům jejich mlád'ata.

Kategorie – Ergoterapeut rozloží na stůl před klienty fotografie zvířat. Klienti třídí zvířata podle různých kategorií (žijící volně v ČR/žijící v ZOO, býložravci/masožravci). Poté klienti řadí zvířata od nejmenšího po největší. Můžeme položit doplňující otázky: „Které zvíře je na druhém místě?“; „Které zvíře je před/za?“; „Najděte zvíře, jehož název začíná písmenem...“.

Výroba zvířátek: Každý klient dostane kus samotvrdnoucí modelovací hmoty. Podle své fantazie vymodeluje zvířátko. Klientům, kterým se nechce modelovat, nabídneme vykrajování zvířátek. Pokud se klient nebude chtít této aktivity zúčastnit, může sousedovi pomáhat s podáváním korálků nebo pomáhá ergoterapeutovi sklízet ostatní předměty ze

stolu. Každý klient si vyzdobí výrobek korálky. Výrobky uklidíme na bezpečné místo, kde bude hmota schnout do příštího setkání.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Ergoterapeut posílá klientům kouzelný prsten s otázkou „Jakým zvířetem byste chtěli být?“. Každý klient odpoví a otočí prstenem. Na závěr se každý klient otočí na svého souseda a usměje se na něj. Poté si všichni zatleskáme.

6. setkání - Kniha

Před začátkem tohoto sezení doneseme klientům výrobky z minulého sezení. Každému rozdáme jeho vlastní výrobek a celofánový sáček. Klienti si výrobek vloží do sáčku a zaváží stuhou. Je-li potřeba, dopomůže klientovi soused nebo ergoterapeut. Výrobek slouží jako upomínka na sezení, nebo lze použít jako dárkový předmět. „Koho byste chtěli tímto výrobkem obdarovat?“.

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - výbavnost, pozornost, paměť, řečové schopnosti, jemná motorika, tvořivost

Pomůcky: měkký míček, kartičky se jmény spisovatelů, pracovní list, výtvarné potřeby, čtvrtky, lepidlo, vyražené různé tvary z barevných papírů

Úvodní část: (viz první setkání) Poté ergoterapeut pošle klientům měkký míček a každý klient jmenuje knihu, která ho nejvíc zaujala, či kterou má nejraději. Další otázky na úvod: „Co se vám vybaví pod pojmem knihovna?“; „Pamatujete si na svou první knihu?“; „Jaká může být kniha?“.

Jádro

Slovo na písmeno - Klienti na úvod vymyslí jakékoliv slovo začínající na dané písmeno. Toto setkání se týká tématu knih, proto se vybíráme písmena z tohoto slova.

Doplňte jméno spisovatele – Ergoterapeut klientům ukazuje karty s názvy nejznámějších literárních děl. Úkolem klientů je určit jméno spisovatele.

Spojování – Klienti dostanou pracovní list se dvěma sloupci. V prvním sloupci jsou napsaná jména spisovatelů a ve druhém názvy děl. Úkolem klientů je spojit správně pojmy, které k sobě patří (obrázek č. 4).

Moje kniha – Každý klient dostane čtvrtku. Úkolem klientů je přehnout čtvrtku na půl tak, aby vznikly „desky“ knihy. Každý si vybere název knihy, který daného klienta nejvíce charakterizuje. Klienti si potom desky vybarví a vyzdobí podle vlastních představ. Zdatnější klienti mohou do desek vložit papír se svým vepsaným krátkým příběhem.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Klienti se chytí za ruce a ergoterapeut každému jmenovitě poděkuje. Následuje posílání kouzelného prstenu klientům. Otázka pro dnešní sezení zní: „Kterým knižním hrdinou byste se chtěli stát?“. Všichni klienti si zatleskají.

7. setkání – Hudba, zvuky

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - pozornost, výbavnost, sluchové vnímání, dlouhodobá paměť, řečové schopnosti

Pomůcky: tabule, měkký míček, CD se zvuky hudebních nástrojů, pracovní listy, psací potřeby, triangel, bubínek, tamburína, dřívka.

Úvodní část: (viz první setkání) Klientům posíláme míček s úvodní otázkou: „Jaká je Vaše nejoblíbenější písnička?“ Další otázky na úvod: „Jaký je Váš oblíbený zpěvák?“; „Umíte hrát na nějaký hudební nástroj?“.

Jádro

Jaký hudební nástroj slyšíte - Ergoterapeut pouští na CD přehrávači zvuky hudebních nástrojů. Klienti zkouší uhodnout, o jaký hudební nástroj se jedná.

Osobnosti – Ergoterapeut ukazuje klientům kartičky se jmény slavných hudebních skladatelů. Úkolem klientů je rozpomenout si a vyjmenovat dílo, které daný skladatel složil.

Vyřazování – Klienti dostanou pracovní list se skupiny slov a jejich úkolem je vyřadit z nich slova, která do skupin nepatří. Poté si všichni dohromady slova zkontrolujeme a klienti určují, proč dané slovo ke skupině nepatří (obrázek č. 5).

Spojování – na dalším pracovním listě jsou dva sloupce – jeden s křestními jmény a druhý s příjmením. Klienti spojují jména slavných zpěváků a hudebních skladatelů.

Orchestr - Klientům rozdáme hudební nástroje. Společně si zopakujeme a zazpíváme písničku „Ta naše písnička česká“ v doprovodu hudebních nástrojů. Pokud nám to čas dovolí, můžeme si po domluvě s klienty zazpívat další písničky.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Každému klientovi jmenovitě poděkujeme. Následuje posílání kouzelného prstenu s otázkou: „Kdybyste se mohl proměnit na hudební nástroj, který by to byl?“. Na závěr každý klient svého souseda pohladí po rameni. Všichni si zatleskáme.

8. setkání - Sport

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - pozornost, výbavnost, motorické schopnosti, zrakové vyhledávání, řečové schopnosti

Pomůcky: menší fotbalový míč, kartičky s obrázky ročního období, obrázky různých sportovních disciplín, pracovní list.

Úvodní část: (viz první setkání) Pro začátek můžeme symbolicky poslat malý fotbalový míč s otázkami: „Máte nějaký oblíbený sport?“; „Kterému sportu jste se věnovali v dětství?“; „Co se vám vybaví, když se řeknou Olympijské hry?“

Jádro

Roční období – Klientům ukazujeme obrázky ročního období. Každý klient má za úkol vyjmenovat sporty, které se dají provádět v daném období.

Sportovní disciplíny – Ergoterapeut prezentuje obrázky sportovních disciplín. Úkol pro skupinu: „Vyjmenujete příslušenství, věci, nebo osobnosti, které Vás napadnou ve spojitosti s tímto sportem?“.

Nadřazený pojem – Každý klient dostane pracovní list se skupinami slov. Úkolem klientů je najít nejvhodnější nadřazený pojem (obrázek č. 6).

Nadhazovač – Klienty posadíme do kruhu. Ergoterapeut se postaví doprostřed kruhu a drží v ruce rehabilitační míč. Každému klientovi postupně míč hodí a ten se ho pokusí chytit. Kdo drží míč, vyjmenuje jakýkoliv sport, který ho napadne. Poté hodí míč zpět ergoterapeutovi.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Na závěr ergoterapeut posílá kouzelný prsten s otázkou: „Kdybyste otočili kouzelným prstenem, v jaké hře/při jakém sportu byste se objevili?“. Na úplný závěr si každý klient potřese rukou se sousedem a poté si všichni zatleskají.

9. setkání - Povolání

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - pozornost, výbavnost, řečové schopnosti, zrakové vyhledávání, sluchové vnímání, jemná motorika

Pomůcky: tabule, měkký míček, kartičky s povoláním, CD přehrávač, předměty k profesím (štětec, hřeben, kladivo, váleček, sešit, injekční stříkačka bez jehly, noty, konvička, kniha, kalkulačka, pravítko)

Úvodní část: (viz první setkání) Klientům posíláme míč s otázkou na úvod: „Jaké bylo Vaše povolání?“. Další otázky: „Zkuste si vzpomenout na všechna řemeslná/umělecká povolání.“.

Jádro

Povolání v písni - Klientům pustíme známou písničku z filmu „Pekařův císař“ – „Ten dělá to a ten zas tohle“. Úkolem klientů je vyjmenovat co nejvíc povolání z písni. Ergoterapeut jednotlivá povolání píše na tabuli. Máme vytištěný text písni pro každého klienta. Pokud si klienti nevzpomenou na další povolání z písni, vyhledávají zbylé povolání ve vytištěném textu.

Počáteční písmeno – Na tabuli napíšeme několik písmen. Klienti společně jmenují profese, které začínají na ono písmeno. Profese pak k jednotlivým písmenům připíšeme.

Obrázky jednotlivých profesí – Ergoterapeut drží v ruce obrázky profesí. Klienti mají za úkol vyjmenovat co nejvíce věcí, které je napadnou při této profesi. Dále na stůl před klienty položíme různé předměty související s těmito profesemi. Každý klient si vybere jeden předmět. Úkolem klienta je jmenovat profesi, ke které se daný předmět používá. Doplňující otázky: „Kde může tento člověk vykonávat svou profesi?“; „Co člověk s tímto povoláním vyrábí/dělá?“.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Každému klientovi jmenovitě poděkujeme. Kouzelný prsten posílá ergoterapeut s otázkou: „Jaké bylo Vaše vysněné povolání?“. Klient jmenuje a symbolicky otočí prstenem. Na závěr si všichni zazpíváme písničku „Ten dělá to a ten zas tohle“ z přehrávače a zatleskáme si.

10. setkání – Pohádka

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - pozornost, výbavnost, sluchové vnímání, řečové schopnosti, tvořivost, jemná motorika

Pomůcky: papírová koruna, úryvky z pohádek, seznam názvů filmových pohádek k doplnění, obrázky zvířat, obrysy postav, lepidlo, ústřižky látek, pastelky, barevné papíry, nůžky.

Úvodní část: (viz první setkání) Míček jsme pro toto sezení vyměnili za papírovou korunu. Ten, kdo v ruce drží korunu, odpovídá. Klienti si ji mohou nasadit na hlavu nebo korunu jen držet v ruce. Otázky na úvod: „Na jakou princeznu/prince/krále/královnu z pohádky si vzpomenete?“; „Jaká je vaše nejoblíbenější pohádka?“; „Které pohádkové bytosti byste se báli?“

Jádro

Úryvky z pohádek – Ergoterapeut předčítá úryvky z pohádek. Úkolem klientů je uhádnout, o jakou pohádku se jedná. Poté ergoterapeut čte úryvky znovu. Tentokrát je úkolem skupiny tlesknou vždy, když v příběhu uslyší předem domluvené slovo (např.: Mařenka).

Doplňovačka – Ergoterapeut drží v ruce kartičky s neúplnými názvy pohádek. Klienti doplňují chybějící slova v názvu pohádky (např.: Smolíček ...; Křemílek a ...; Princ a ...).

Zvířata – Ergoterapeut ukazuje klientům obrázky zvířat. Klienti vymýšlí pohádku, ve které se dané zvíře objevuje.

Pohádková postava – Každý klient dostane obrys postavy. Podle vlastní fantazie si každý klient vyrobí pohádkovou postavu. K dispozici mají výtvarné potřeby, lepidlo, barevné papíry a různé látky. Může jít i o aktivitu ve dvojici.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání) Každý klient představí svou pohádkovou bytost, kterou vyrobil. Tuto pohádkovou bytost může klient použít k reflexi. „Co se Vaší pohádkové postavě nejvíce líbilo a proč?“. Mluví jen ti klienti, kteří se chtějí vyjádřit.

Rozloučení: Ergoterapeut posílá kouzelný prsten klientům s otázkou: „V jakou pohádkovou bytost byste se teď chtěli proměnit?“. Klienti se chytí za ruce a všichni najednou jednohlasně pozdravíme „Nashledanou!“. Poté si klienti po zásluze zatleskají.

11. setkání – Příroda

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - tvořivost, výbavnost, pozornost, jemná motorika, řečové schopnosti

Pomůcky: měkký míček, pracovní listy, kartičky se slovy, kartičky s věcmi různých materiálů, tři koše/nádoby v barvách kontejnerů na tříděný odpad, lžíce, květináč, zahradní zemina, osení, konévka s vodou.

Úvodní část: (viz první setkání) Pobídneme klienty, aby se podívali z okna. „Co vidíte venku za objekty?“; „Zkusme dohromady vyjmenovat všechny přírodní objekty, které vidíte z okna.“ Poté ergoterapeut posílá míček s otázkou: „Co se vám první vybaví, když se řekne příroda?“; „Vzpomenete si na nějaké názvy stromů?“.

Jádro

Pracovní list – Každý klient dostane pracovní list s předkresleným obloukem. Úkolem klienta je dokreslit obrázek podle vlastní fantazie (např.: meloun, louka, měsíc) (obrázek č. 7).

Přídavná jména – Ergoterapeut ukazuje klientům čtyři kartičky se slovy strom, květina, řeka, kámen. Ty postupně ukazuje klientům. Klienti postupně uvádí přídavná jména vztahující se k těmto slovům

Třídění odpadu – Klienty posadíme do kruhu. Ergoterapeut umístí tři barevné koše doprostřed kruhu. Nejdřív si s klienty zopakujeme, jaké barvy mají kontejnery a do

kterých patří papír/sklo/plast/. Každý klient dostane obrázek předmětu, který je z papíru, plastu, nebo skla. Klienti postupně určují, z jakého materiálu je předmět vyroben a do kterého kontejneru patří. Klienti pak mají za úkol vstát a svůj předmět do košíku hodit. Pokud nějaký klient není tak fyzicky mobilní, ergoterapeut vloží obrázek do koše na jeho pokyn za něj.

Sázení – Každý klient si vybere jeden květináč. Doprostřed dáme pytel se zeminou. Klienti pomocí lžice nabírají zeminu a sypou do květináčů. Dohlédáme, aby květináč byl dostatečně plný. Poté ergoterapeut obchází klienty a každému dá přiměřené množství semínek osení. Klienti zeminu hustě posypou semínky a poté zasypou vrstvou zeminy, kterou lžící pevně udusají. Nakonec ergoterapeut s každým klientem květináč zalije vodou z připravené konvičky. Označíme květináče jmény a uložíme na parapet do dalšího sezení.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Klientům jmenovitě poděkujeme. Ergoterapeut posílá klientům kouzelný prsten s otázkou: „Kdybyste si měli vybrat jedno místo na světě, kde byste se právě teď ocitli?“. Každý klient odpoví a symbolicky otočí prstenem. Na závěr se všichni chytíme za ruce a usmějeme se na své sousedy. Potom si klienti zatleskají.

12. setkání - Velikonoce

Cíle sezení: Rozvoj kognitivních funkcí - dlouhodobá paměť, tvořivost, výbavnost, jemná motorika, řečové schopnosti

Pomůcky: tabule, měkký míček, pracovní list, obrázky s Velikonoční tematikou, špejle, vyfouklá vajíčka, gumičky různé velikostí a síly, kelímky s vodou, potravinářská barviva.

Úvodní část: (viz první setkání) Jelikož se setkání týká Velikonoc, přečteme klientům zajímavosti o Velikonocích (např.: Velikonoce v zahraničí, opomenuté Velikonoční zvyky, připomenutí názvů dnů před Velikonocí). Otázky na úvod: „Co vás první napadne, když se řekne slovo Velikonoce?“, „Umíte plést pomlázku?“.

Jádro

Pruhované kraslice – Klienti dostanou vajíčko a několik gumiček. Každý si podle fantazie navlékne na vajíčka gumičky. Do třech půllitrových kelímků nalijeme horkou vodu a rozmícháme potravinářské barvivo. Klienti si vyberou barvu a do kelímku s danou barvou vloží své vajíčko. Vajíčka necháme v nádobě po dobu uvedenou v návodu a poté je vyjmeme. Necháme vajíčka uschnout.

Míčkováná – Rozhovor na téma Velikonoce: „Jak jste slavili svátky jara v dětství?“, „Jaké může být vajíčko?“

Vaječné hody – klienti vymýšlí co nejvíce pokrmů připravovaných z vajec. Ergoterapeut je vypisuje na tabuli.

Najděte slovo – Klienti dostanou pracovní list se dvěma sloupci. V prvním sloupci jsou napsaná hledaná slova. Ve druhém sloupci jsou vypsány řady písmen. Úkolem klientů je najít v každé řadě schované slovo, které je napsáno na v prvním sloupci (obrázek č. 8).

Když jsou vajíčka suchá, každý klient si ze svého vajíčka odstraní gumičky. Vzniknout by měla pruhovaná vejce. Vajíčko si klienti nasadí na špejli a z každé strany ho připevní kouskem modelíny. Klientům rozdáme květináče s osením, do kterého si kraslici na špejli zapíchnou.

Závěr

Reflexe klientů: (viz první setkání)

Rozloučení: Všichni se chytíme za ruce a zazpíváme si písničku. Poté ergoterapeut posílá kouzelný prsten klientům s otázkou: „Jakou dobrotu byste si vyčarovali právě teď na stůl?“. Každému klientovi jmenovitě poděkujeme, podáme si s ním ruku a všichni si zatleskáme.

3.3 Shrnutí návrhu ergoterapeutického programu

Při plánování návrhu tohoto programu jsme čerpali z poznatků a všeobecných doporučení pro práci s geriatrickými klienty s poruchami paměti. V praxi může dojít k problému zvládnutí daných aktivit ve vymezeném čase. Je proto důležité návrh upravit podle aktuálních diagnóz, stupňů míry postižení kognitivních funkcí klientů, kteří skupinu tvoří. Program je vhodný pro zdravé seniory a seniory s lehkou poruchou kognitivních funkcí. Naopak není doporučen pro klienty s poruchou zraku, jemné motoriky a klienty s narušenou schopností číst a psát. Vhodný není též pro klienty s velmi těžkou poruchou kognitivních funkcí. Ergoterapeutický program by měl být navržen multipersonálním týmem specialistů zahrnující ergoterapeuta, ošetřujícího lékaře a v neposlední řadě speciálního pedagoga.

4. Závěr

Při zpracovávání této bakalářské práce jsem získala hlubší znalosti o oboru ergoterapie, o problematice dlouhodobé péče a utvořila jsem si širší rozhled o klientele těchto zařízení. Seznámila jsem se s režimem a ergoterapeutickým procesem v Léčebně dlouhodobě nemocných v Ústřední vojenské nemocnici. Bylo mi umožněno zúčastnit se několik sezení jako posluchač. Poznala jsem, jak velice důležitá ergoterapie pro tyto klienty je. Ergoterapie jim pomáhá v časoprostorové orientaci, v sebeobslužných činnostech a v neposlední řadě ve smysluplném využití jejich času, při které mohou navazovat a udržovat sociální kontakty. Našlo se několik výjimek, kde hlavní roli hrálo psychické rozpoložení, nebo citlivost na tlakové změny počasí, ovšem mohu konstatovat, že klienti se na sezení vždy těšili a aktivity je bavily.

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na možnosti využití a metody ergoterapie pro klienty léčeben dlouhodobě nemocných. V teoretické části byla charakterizována ergoterapie, předmět a cíle oboru, využívané okruhy činností a formy, ve kterých se dá terapie provádět. Dále byla vytyčena problematika léčeben dlouhodobě nemocných a využití ergoterapie pro rehabilitaci a udržení jednotlivých funkčních oblastí klienta. V další části byl navrhnout ergoterapeutický program pro seniory se syndromem demence a dalšími kognitivními poruchami.

Ergoterapeutický program, který uvádím v praktické části, jsem navrhla s cílem rozvíjet kognitivní funkce, psychické, motorické a sociální schopnosti u klientů se syndromem demence. Rozvojem těchto oblastí jim bude značně usnadněn návrat do jejich přirozeného prostředí. Obor ergoterapie nabízí nepřeberné množství aktivit vhodných pro klienty. Prostřednictvím her a tvořivých činností rozvíjí postižené funkce klientů. Aktivity, které jsem pro tento návrh zvolila, dopomáhají dosáhnout cílů, které jsem v programu stanovila. Proto si myslím, že je důležité na ergoterapii nahlížet též jako na speciálně pedagogickou terapii než pouze na zdravotnickou terapii.

Domnívám se, že přínos této bakalářské práce pro obor speciální pedagogiky spočívá v návrhu programu. Podle mého mínění se dá dále využít i v jiných zařízeních a je vhodný i pro další skupiny klientů s podobnými problémy a poruchami. Ergoterapeutický program se dá modifikovat na různé úrovně, proto by mohl být vhodný i pro klienty nižší či naopak vyšší věkové kategorie, než pro jakou věkovou skupinu byl koncipován. Tato práce může

být inspirací pro odborníky, ale i rodiny, které pečují o rodinného příslušníka s lehkou demencí a poruchami kognitivních funkcí. Doufám, že tento program budu moci v budoucnu využít i ve své praxi a ověřit si tak jeho vhodnost, popřípadě vylepšit složení aktivit.

Seznam použité literatury

BIBLIOGRAFIE:

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. vyd. Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

JIRÁK, R. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z. a kol. *Gerontologie a geriatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-247-4026-3

KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8.

KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

MALÍKOVÁ, Eva, 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.

PFEIFFER, J. *Ergoterapie II*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 172 s. ISBN 80-2010004-0.

PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.

SOSNA, A. a kol. *Náhrada kyčelního kloubu: rehabilitace a režimová opatření*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 58 s. ISBN 80-7254-302-4.

SUCHÁ, J. a kol. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Ergoterapia II*. Praha: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2011

VALEŠOVÁ MALECOVÁ, B. *Študijný materiál k predmetu Ergoterapie I*. Praha: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze, 2013.

VÁLKOVÁ, L. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Úvod*. 2008. [online]. Zdroj: <<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>>.

JELÍNLOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Koncepce oboru ergoterapie*. Česká asociace ergoterapeutů. 2007. [online]. Zdroj: <http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf>

BÍLKOVÁ, Iva. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu - TEP kyčle*. 2016 [online]. Zdroj: <<https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu-tep-kycle>>

CEREBROVASKULÁRNÍ AMBULANCE. *Cévní mozková příhoda* [online]. Zdroj: <<http://www.cmp-brno.cz/Co-je-mozkova-prihoda-mrtvice.html>>

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Demence* [online]. Zdroj: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>>

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. Infarkt myokardu [online]. Zdroj: <<https://www.ikem.cz/cs/infarkt-myokardu/a-429/>>

METODICKÉ OPATŘENÍ č. 12. *Koncepce následné lůžkové zdravotní péče* [online]. Zdroj: <<http://ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf>>

MUNTEANU, Alan. *Operace umělého kyčelního kloubu* [online]. Zdroj: <http://lepsipece.cz/wp-content/uploads/2014/07/2014-07-21_Operace-kycle-brozura-pro-pacienta.pdf>

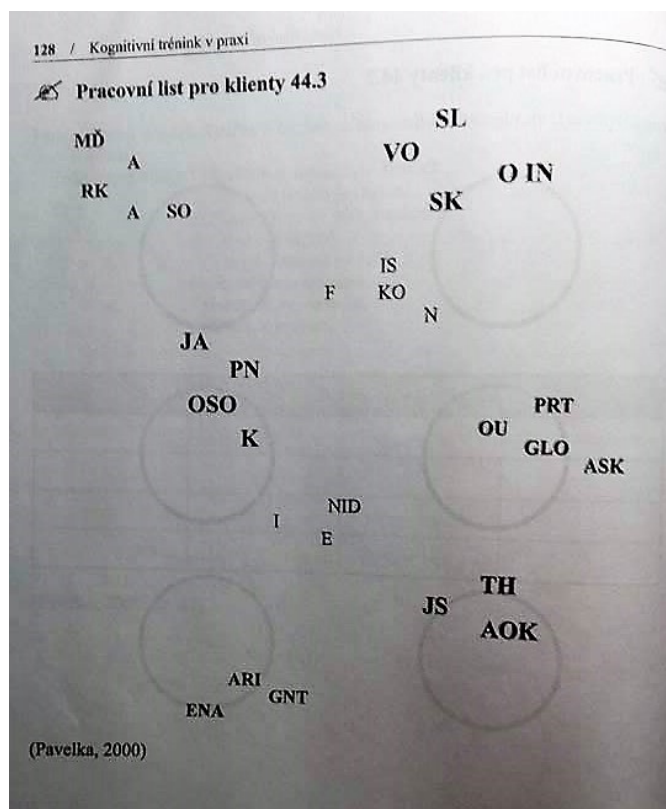
OMBUDSMAN. *Limit 90 dní v LDN neexistuje*. roč. 2010. [online]. Zdroj: <<http://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2010/limit-90-dni-v-ldn-neexistuje/>>

SOSNA, Antonín. *Totální endoprotéza kyčelního kloubu české kvality* Beznoska, s.r.o [online]. Zdroj: <<http://www.beznoska.cz/totalni-endoproteza-kycelniho-kloubu/>>

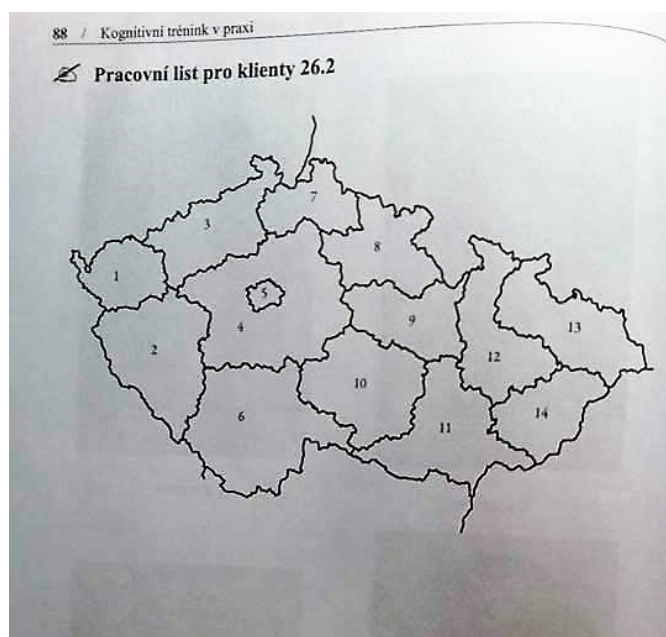
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE. *Léčebna dlouhodobě nemocných*. [online]. Zdroj: <https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=787&Itemid=551&lang=cs>

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA. *Léčebná rehabilitace po CMP*. Roč. 2015, č. 6 [online]. Zdroj: <<http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/lecebna-rehabilitace-po-cmp-479249>>

Přílohy



obrázek č. 1: Přesmyčky (Klucká, Volfová, 2009, s. 128)



obrázek č. 2: Slepá mapa (Klucká, Volfová, 2009, s. 88)

Pracovní list pro klienty 6.3

Antonyma:

KUPOVAT
OTÁZKA
VENKOV
NAD
LÁSKA
CELEK
NEREST
OPILÝ
ROVNÝ
BRZY
OTEVŘÍT
PRJÍT
SMÁT SE
VENKU
TEORIE
PO
SVĚTLO
DEN
ŽENA
NAJÍT
ZAČÁTEK
MÉNĚ
CHYTRÝ
ČERNÝ
PÍLE

obrázek č. 3: Antonyma (Klucká, Volfová, 2009, s. 36)

Pracovní list pro klienty 48.3

- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1. K. Čapek | A) Vražda v Orient-expresu |
| 2. N. V. Gogol | B) Strýček Váňa |
| 3. V. Vančura | C) Černý Petříček |
| 4. B. Hrabal | D) Zahradní slavnost |
| 5. K. Světlá | E) Revizor |
| 6. F. Nepil | F) Karla |
| 7. A. Christie | G) Rozmarné léto |
| 8. V. Havel | H) Jak se dělá chalupa |
| 9. B. Němcová | I) Krakatit |
| 10. A. P. Čechov | J) Příliš hlučná samota |
- (Holmerová, Suchá, Hort, nedatováno)

obrázek č. 4: Spojování (Klucká, Volfová, 2009, s. 136)

Pracovní list pro klienty 11.2

Co nepatří mezi ostatní:

loď, auto, kolo, autobus, letadlo

Aleš, Libor, Alena, Honza, David

kabát, boty, triko, svetr, nátělník

jablko, hruška, švestka, meruňka, banán

časopis, kniha, noviny, magazín

propiska, plnicí pero, čínské pero, fix

náušnice, řetízek, knoflík, brož

hřeben, mýdlo, ručník, kartáček, hrnek

pták, srnec, zajíc, ryba, slepice

tenis, běh, volejbal, basketbal, ping-pong

Itálie, Francie, Španělsko, Brazílie, Švýcarsko

Pardubice, Praha, Písek, Jihlava, Poděbrady

obrázek č. 5: Vyřazování (Klucká, Volfová, 2009, s. 51)

Určete nadřazený pojem:

eidam, ementál, madeland, niva

největší, nejmladší, nejkrásnější

Rumcajs, Křemílek, Škubánek, Smolíček

Mandlová, Nový, Haas, Ferbasová

černý, teplý, starý, pěkný, modrý

ječmen, oves, pšenice, žito

štika, kapr, lín, karas

Lednice, Mikulov, Vranov nad Dyjí, Valtice

tužka, pastelky, křídý, fix

tesářík, hrobařík, slunéčko

bylina, kobyla, Příbyslav, by

zlato, měď, stříbro, zinek

Palacký, Purkyně, Jungmann, Borovský

Armstrong, Remek, Gagarin

tygr, jaguár, levhart, lev

lýtko, vzlykat, mlýn, slyšet

václavka, křemenáč, kozák, hřib

Dvořák, Janáček, Ryba, Smetana

rádio, televize, telefon

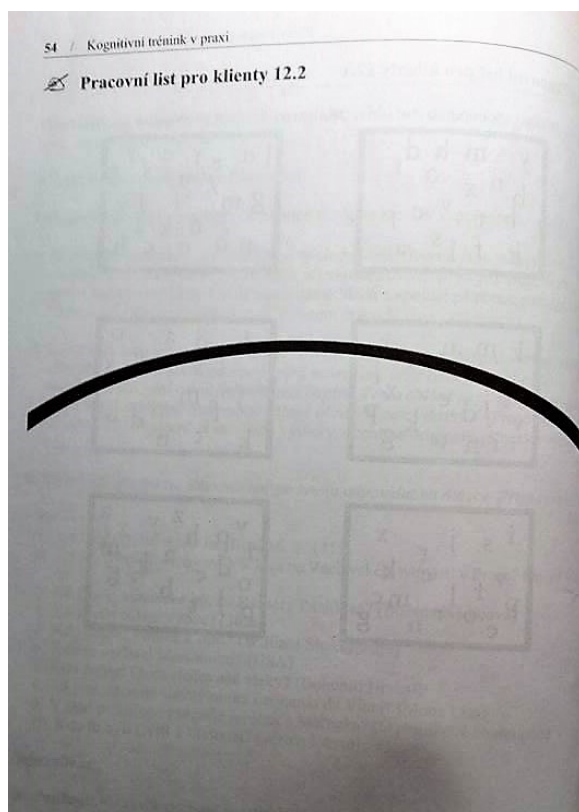
káva, čaj, mléko, voda

radost, hněv, láska, lítost


koleno, rameno, kotník, kyčel

socha, báseň, komedie, obraz

obrázek č. 6: Nadřazený pojem (Klucká, Volfová, 2009, s. 50)



obrázek č. 7: Předkreslený oblouk (Klucká, Volfová, 2009, s. 54)

 Pracovní list pro klienty 43.1

ŽITO	ŽIVOŽIŽITOVPRODRW
KOREK	KORKEKOREKKOKRT
ČLOVĚK	VPRODIUČLOVĚKČLO
ČÁST	TRDIUČÁSTČÁPPPTUO
CELEK	RPGOEIRUDCELEKOUR
ČERVENÝ	VČEČEČERVENÝČERV
MODRÝ	VPERRIDIMODMODRÝL
ŽLUTÝ	ŽLUŽLUTÝJKLPORVDEL
ZELENÝ	ZEJKLOZELNZELENÝUKI

obrázek č. 8: Najděte slovo (Klucká, Volfová, 2009, s. 123)